

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

الإطار العام للبحث

1.1. مقدمة

2.1. مشكلة البحث

3.1. أهمية البحث

4.1. أهداف البحث

5.1. الدراسات السابقة

6.1. متغيرات البحث

7.1. فرضيات البحث

8.1. منهج البحث

9.1. أدوات البحث (طرق تجميع البيانات)

10.1. حدود البحث

1.1.1. مقدمة:

اهتمت الكثير من المنظمات الحكومية والخاصة بموضوع الجودة فكما اهتمت هذه المنظمات بموضوع تقديم الخدمة أو السلعة اهتمت أيضاً وحرصت بشكل كبير على جودة تلك الخدمة حتى تلبى مطالب عملاء المنظمة والمستفيدين منها.

"أصبحت الجودة محور اهتمام أساسي لكثير من المنظمات سواء الحكومية منها أو الخاصة، كما أن معايير الأداء في هذه المنظمات لم تعد قاصرة على مجرد تقديم الخدمة أو المنتج فقط بل تعدته إلى الحرص على جودة تلك الخدمات أو المنتجات التي تلبى مطالب المستفيدين" (العنزي، 1990، ص. 12)

وكان من أساليب التحفيز في المملكة العربية السعودية على تطبيق مبادئ الجودة في المنظمات الخدمية و الإنتاجية إنشاء جائزة الملك عبد العزيز للجودة وقد صدر المرسوم الملكي ذو الرقم 7/ب/18670 في 2000/3/4- بإنشاء جائزة للجودة تحمل أسم المؤسس الملك عبد العزيز بن عبد الرحمن آل سعود وقد قام على إعداد معاييرها وإجراءاتها وأدلتها نخبة من المتخصصين في هذا المجال وتهدف الجائزة إلى تطوير قطاعات الدولة المختلفة من خلال تطبيق منهجية ومعايير عالمية تؤدي إلى التميز في الأداء وتشجيع أفضل الممارسات ، وترويج الجهود المميزة المبذولة من المنظمات من خلال تكريمها، وتم رفع مسمى جائزة الملك فهد لجودة الرعاية الصحية للمقام الملكي لأخذ الموافقة.

"و يسعى القطاع الخاص أيضاً جاهداً إلى توفير المبالغ المالية التي تساعد على تقديم التقنية الطبية المتطورة والمتغيرة باستمرار وإلى الاستغلال الأمثل لهذه المواد المرتفعة التكلفة، وصولاً إلى تخفيض التكلفة وتحسين جودة الخدمات المقدمة" (العمر، 2002، ص. 307).

وتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يساعدها في التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقات الذهنية والمادية ومن ثم التخلص منها، كما يعد نظام الجودة الشاملة من أفضل النظم التي تمنح الصلاحيات للعاملين وحثهم على المشاركة ودفعهم للنجاح ، كما أنه يساعد العاملين على تحديد مفهوم الجودة الشاملة ووضع الإجراءات اللازمة لتلبية احتياجات العميل وإشباع رغباته مع التحسين المستمر والمنتظم لها (مطبقاتي وعجمي، 2001، ص ص. 105-106).

"لذا تعد الجودة الشاملة في أي منظمة محور الاهتمام الأكبر للقيادة الإدارية التي تسعى لرفع مستوى أدائها من الناحية الإنتاجية أو الخدمية ، خاصة في المستشفيات الحكومية والخاصة على السواء" (بن سعيد، 1997، ص. 5)

2.1. مشكلة البحث:

يعاني القطاع الصحي الحكومي في المملكة العربية السعودية ،كغيره من القطاعات الصحية في الدول الأخرى ،ارتفاعاً في تكلفة تقديم الخدمات الصحية ،وعدم القدرة على الاستمرار في تقديم هذه الخدمات مجاناً مع المحافظة على جودة الخدمات المقدمة ، الأمر الذي يدعو إلى القول أنه - وفي هذا القطاع بالذات - أحوج ما تكون إلى تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في ظل التطور الحديث و النهضة التي تنعم بها البلاد وفي ظل ما حباها الله من إمكانات مادية وتقنية تساعدها على مواصلة ذلك.

وبما أن أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يأخذ في الاعتبار مشاركة جميع موظفي المستشفى في اتخاذ القرارات، كما أنه يركز على فتح قنوات اتصال في كافة الاتجاهات، مما يؤدي إلى التخلص من أية معوقات قد تؤثر على الأداء، وتعطي الدافع للمستشفى للتركيز على احتياجات المرضى طبقاً لما يريدونه أو لمصلحتهم وذلك من خلال الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، ولهذا

النظام أسس يركز عليها وعلى كل مستشفى تريد تبني هذا النظام أن تعمل على توفير هذه الأسس وتعميمها كنظام في المستشفى (القرشي، 1995، ص. 23).

تم في عام 2005 إنشاء المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية (CBAHI) المنبثق عن مجلس الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية وذلك بهدف الارتقاء بمستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة والاعتماد على عملية التدريب والتطوير المستمر لكوادر العمل، ومن المعلوم أن تنمية وتطوير الموارد البشرية تؤثر بشكل كبير على أداء ونمو المنظمات، خاصة الخدمية التي يحدث فيها اللقاء المباشر بين مقدم الخدمة والعميل، فإنه يصبح لقدرة ومهارة مقدم الخدمة تأثير جوهري و مباشر على عملية توصيل الخدمة و رضا العميل". (Norman.1984 p.89).

وكانت مستشفى الملك فهد بالإحساء إحدى المستشفيات التي سعت لتطبيق معايير برنامج (CBAHI) الذي تعد معاييرها امتداداً للمعايير العالمية في مجال الجودة الصحية والتي تمثلها عدة منظمات عالمية لعل أهمها (ISQua).

وتتمثل مشكلة الدراسة في وجود بعض الأقسام في مستشفى الملك فهد بالإحساء لا تطبق الجودة الشاملة

باختصار نتركز مشكلة الدراسة حول سؤال رئيسي يتمثل في :

هل هناك علاقة ما بين الجودة الشاملة و الأداء الوظيفي للعاملين في مشفى الملك فهد ؟

3.1. أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

أ- الأهمية العملية:

"إن إدارة الجودة تركز على فكرة إعادة تقييم العمليات في المنظمة وتحديثها عبر إعادة تصميمها بواسطة التقنيات والأساليب الحديثة حتى يمكن تحقيق الأهداف بكفاءة وفاعلية وتقديم أفضل الخدمات بأسرع وقت ممكن وأقل تكلفة" (السقاف، 1995، ص. 3) كما "إن للجودة أبعاد تتعلق بالكفاءة والتقنيات الفردية والاستمرارية وحفظ السلامة والعلاقات الاجتماعية مع الأفراد بالإضافة إلى تحسين الخدمة المقدمة" (العساف، 2001، ص. 27)

لذا فإن هذه الدراسة سوف تسهم في تقديم إيضاحات حول دور تطبيق برامج الجودة الشاملة في مستشفى الملك فهد والذي من خلاله ينعكس على أداء العاملين.

ب- الأهمية العلمية:

تنبثق أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعاً حيويًا حيث إن دراسة موضوع الجودة الشاملة يساعد المنظمة في التعرف على الدور الذي يقوم به تطبيق الجودة الشاملة في المنظمة الصحية على كفاءة أداء العاملين فيها، وتظهر أهمية هذه الدراسة في بيان العلاقة ما بين إدارة الجودة في الرعاية الصحية والأداء الوظيفي للعاملين في المجال الصحي من أطباء وفنيين وهيئة تمريض وإداريين. وسوف يتم توضيح العلاقة بين نجاح المنظمة وبين تطبيق برامج وأساليب إدارة الجودة الشاملة وذلك من خلال:

1 التزامها بتحسين الجودة والذي يعد من أهم عوامل نجاح الجودة.

2 +الاهتمام بالعاملين وإفساح المجال أمامهم للمشاركة في الجودة وإبداء الرأي وهذا له تأثير على

تحقيق الرضا الوظيفي وزيادة درجة الانتماء، وذلك عن طريق وضع عناصر لتقييم الأداء.

وإن شاء الله تسهم هذه الدراسة في بحث واقع الجودة الشاملة في المستشفيات وتأثيرها على تقييم أداء العاملين وتحقيق رضاهم الوظيفي.

4.1. أهداف البحث:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1 تحديد مستوى الدعم الذي تقدمه الإدارة العليا لتطبيق الجودة الشاملة ومدى فاعليتها.
- 2 التعرف على مستوى المعرفة بمفاهيم الجودة الشاملة لدى العاملين وأهميته في دفع الأداء الوظيفي.
- 3 قياس معرفة واتجاه العاملين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- 4 تحديد العلاقة بين تطبيق الجودة الشاملة والأداء الوظيفي للعاملين.
- 5 التعرف على المعوقات التي تواجه تطبيق الجودة الشاملة في مستشفى الملك فهد.

5.1. الدراسات السابقة:

لقد كان موضوع برامج إدارة الجودة الشاملة محل بحث وموضوع اهتمام من قبل العديد من الباحثين والدارسين على الصعيدين العربي والأجنبي ، كما أن الدراسات التي تعرضت بصفة مباشرة لعلاقة الجودة بالأداء الوظيفي قليلة ، وإن وجدت تكون قد أجريت في بيئة غير عربية ، لهذا سوف نشير إلى الدراسات التي تطرقت إلى بعض المواضيع ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية والتي يمكن أن تخدم مشكلة البحث سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، وتم الاعتماد على مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية السابقة:

1.5.1. الدراسات العربية:

الدراسة الأولى: دراسة أجراها (خالد بن سعيد 1994)

عنوان الدراسة: مدى فعالية برامج الجودة بمستشفيات وزارة الصحة السعودية

أسلوب الدراسة: دراسة الحالة على 14 مستشفى في وزارة الصحة السعودية تمثل المجتمع و العينة

هدف الدراسة: التعرف على اتجاهات الممرضات نحو مدى فعالية برامج الجودة النوعية

واتجاهاتهن نحو العوامل المؤثرة في مستويات فعالية تلك البرامج

نتائج الدراسة: هناك علاقة جوهرية بين الوعي بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومدى فعاليتها،

كلما ضعف تشجيع الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة انخفضت فعاليتها، نقص عدد

المتخصصين الكفاء في هذا المجال

الدراسة الثانية: دراسة أجراها (عبد الله موسى الخلف 1994)

عنوان الرسالة:العوامل المؤثرة في نجاح وفشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ست مدن أمريكية.

هدف الدراسة: اختبار وتحليل الدور التنظيمي والعوامل السلوكية التي أعاققت أو دعمت نجاح

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المدن الأمريكية ومعرفة أسباب النجاح أو الفشل.

نتائج الدراسة: بعض المدن الأمريكية الصغيرة قد طبقت بنجاح إدارة الجودة الشاملة وأن نجاحها

اعتمد على العوامل التالية: تبني الإدارة العليا للقوى الداعمة للجودة الشاملة، وجود ثقافة تنظيمية

إيجابية تتوافق مع مبادئ الجودة الشاملة، التدريب الملائم والفعال على مفاهيم الجودة وأدواتها،

مستوى مشاركة الموظفين وتعبئة قدراتهم، مستوى الوعي عند الموظفين.

الدراسة الثالثة: دراسة أجراها (إبراهيم الحاضر 2000)

عنوان الدراسة: مدى فعالية إدارة الجودة في مستشفى قوى الأمن بمدينة الرياض - آراء وتوجيهات الهيئة الطبية والإدارية.

مجتمع الدراسة: مستشفى قوى الأمن في الرياض/السعودية.

هدف الدراسة: التعرف على مدى فعالية تطبيق برامج إدارة الجودة في مشفى قوى الأمن بالرياض.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن نسبة كبيرة من المستجيبين يرون فعالية برنامج إدارة الجودة الشاملة في هذه المستشفى وهو مؤشر لإمكانية نجاح البرنامج، إن إدارة الجودة الشاملة تؤدي إلى الاستخدام الأمثل للمعدات وتقليل التكلفة، إن إدارة الجودة تؤدي إلى زيادة التعاون بين العاملين فيما يتعلق بأداء الواجبات، إن العوامل التي قد تؤثر في تطبيق هذا البرنامج في المستشفى هي النظرة إلى برنامج الجودة الشاملة على أنه برنامج رقابي بالإضافة إلى العوامل المالية والتنظيمية والإدارية.

الدراسة الرابعة: دراسة أجراها (بدران العمر 2001)

عنوان الدراسة: مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض.

هدف الدراسة: التعرف على مبادئ الجودة الشاملة التي تطبق في المستشفيات، التعرف على مدى تطبيق هذه المبادئ من وجهة نظر هيئة التمريض في المشافي.

مجتمع وعينة الدراسة: هيئة التمريض العاملة في مستشفيات مدينة الرياض.

نتائج الدراسة: أظهرت هذه الدراسة أن مبادئ الجودة الشاملة التي تتبناها هذه المستشفيات هي: التحسين المستمر-اتخاذ القرارات بناءً على المعلومات-دعم الإدارة العليا-التركيز على العميل، مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل أساسي بمبدأ التحسين المستمر ثم اتخاذ القرارات بناءً على المعلومات ثم التركيز على العميل، مبدأ اتخاذ القرارات بناءً على المعلومات أقل المبادئ الأربعة تطبيقاً، نشر ثقافة الجودة الشاملة بين موظفي المستشفى كلهم ضروري للالتزام الكامل بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، التركيز على العميل من خلال التعرف على رغباته و احتياجاته، ضرورة رفع مبدأ التحسين المستمر في جميع أقسام المستشفى، ضرورة إنشاء هيئة مستقلة تعنتي بوضع معايير الرعاية الصحية

الدراسة الخامسة: دراسة أجرتها (سماح ريس 2003)

عنوان الدراسة: مدى فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة في محافظة جدة.
أسلوب الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وتم الحصول على البيانات الأولية باستخدام أسلوب المقابلة الشخصية و الاستبيان في جمع البيانات وتم بناؤه وفقاً لمقياس ليكرت وتمت الاستعانة ببرنامج التحليل الإحصائي في العلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل البيانات الأولية.
نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن قصور الوعي بمفهوم الجودة لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي يؤثر سلبياً على تطبيق نظم الجودة في هذا القطاع و أن عمليات التحسين والتطوير في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات لا تلقى الاهتمام الكافي على عدم وجود نظام متكامل يعمل على توثيق ومراجعة نظام الجودة بما يحقق كفاءة الأداء كما تم التأكيد على ضعف مشاركة جميع الأفراد في مسؤولية التنسيق والتوجيه والمتابعة المنهجية الشاملة لنشاطات الجودة داخل المستشفيات.

الدراسة السادسة: دراسة أجرتها (حنان الأحمدى و مارتن رولاند 2005)

عنوان الدراسة: جودة الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية.

أسلوب الدراسة: دراسة منهجية (تجميع معلومات من الدراسات السابقة حول الموضوع) حيث تم تجميع 128 دراسة.

نتائج الدراسة: وجود اختلاف في تقديم خدمات الرعاية الصحية بين المراكز الصحية في المملكة، الحاجة إلى تحسين الجودة، الحاجة إلى تحسين نظام الإدارة وتنظيم خدمات الرعاية الصحية، الحاجة إلى تحسين المعرفة والمهارة عند الموظفين عن طريق التعليم و التطوير والتدريب المهني.

2.5.1. الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى: دراسة أجراها (Edwards, Collinson, Rees, 1998)

عنوان الدراسة: محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

مجتمع وعينة الدراسة: ست منظمات بريطانية وعينة حجمها 280 موظفاً

أسلوب الدراسة: دراسة الحالة

هدف الدراسة: التعرف على مدى تقبل الموظفين لمبادئ إدارة الجودة الشاملة في 6 منظمات في بريطانيا اعتماداً على أسلوب دراسة الحالة حيث تم استطلاع رأي 280 موظفاً.

النتائج: وجود قبول واسع من الموظفين لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، إن الجهود الإضافية المبذولة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة تجد لها قبولاً واسعاً من الموظفين، اتجاهات الموظفين كانت ايجابية نحو إدارة الجودة الشاملة في الحالات التي تكون فيها بيئة العمل منضبطة ومحكمة.

الدراسة الثانية: أجزاها (دي فوس، غراف مانز وآخرون 2009)

عنوان الرسالة : استخدام مؤشرات الجودة لتحسين الرعاية الصحية في المستشفيات.

أسلوب الدراسة: دراسة منهجية (تجميع عدد من الدراسات السابقة في مكتبة كوشران-هولندا- من

عام 1994 إلى عام 2008) حول نفس الموضوع حيث بلغ عدد الدراسات 21 دراسة.

نتائج الدراسة: أظهرت بأن 6 دراسات فقط قيمت تأثير تنفيذ مؤشرات الجودة على نتائج رعاية

المريض بينما باقي الدراسات ركزت على عملية الرعاية الصحية بحد ذاتها، كما أظهرت أيضاً أن

تنفيذ مؤشرات الجودة في المستشفيات يكون مؤثراً أكثر في حال وجود تقارير تغذية راجعة

بالإضافة إلى تطوير خطط تحسين الجودة و تنفيذ استراتيجيات التعليم، وجود اختلاف في الطرائق

بين المستشفيات من أجل تحسين الجودة والرعاية المقدمة.

الدراسة الثالثة: أجزاها (يو تشي تونغ و غوان مينغ تشانغ 2009)

عنوان الرسالة: رضا المريض وتوصيات مقدمي الرعاية الصحية: الرابط بين ثقافة المريض والجودة

المدركة.

مجتمع وعينة الدراسة: عيادات تايوان العاصمة حيث بلغ عدد عينة الدراسة 1910 مريض.

أسلوب الدراسة: تجميع المعلومات عن طريق الاتصال الهاتفي بعينات مرضى عشوائية.

نتائج الدراسة: مهارات الطبيب الفنية هي السمة المهمة في جودة الرعاية الصحية إضافة إلى

مهاراته في التعامل مع المرضى، رعاية العاملين للمرضى مرتبطة بتحقيق الرضا للمرضى ولكن

ليست مرتبطة بنصيحة المريض لمعارفه بزيارة العيادة، مهارات الطبيب الفنية والشخصية ورعاية

العاملين للمرضى هي جوهر المنافسة في الجودة بين العيادات، تثقيف المريض عن كيفية الوقاية

من الأمراض والسيطرة عليها تزيد من رضا المريض وتوصيته وكانت معوقات التطبيق عكس هذه العوامل.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بلغ عدد الدراسات التي ذكرت في البحث و التي تناولت الجودة الشاملة بشكل عام (تسع دراسات) تتناول بشكل مباشر أو غير مباشر موضوع الدراسة الحالية . وحيث أن الدراسات التي تناولت بصفة مباشرة علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي قليلة وان وجدت تكون قد أجريت في بيئة غير عربية ، ما جعلنا نحاول جمع هذا العدد من الدراسات التي تحاول تغطية النقص في الدراسات التي ترتبط بشكل مباشر مع الدراسة الحالية.

وعن أهم ما جاء بهذه الدراسات ، نجد أن الدراسات التي تناولت الجودة الشاملة قد تم جزء منها في بيئة صحية مثل دراسات العمر ، بن سعيد و الحاضر ،حيث كانت تركز الدراسة على التعرف على مبادئ وأهداف و فعالية برنامج الجودة الشاملة في البيئة الصحية ،والجزء الآخر تناول الجودة الشاملة في بيئة مختلفة وكان الهدف من هذه الدراسات هو التعرف على مدى تقبل هذه المنظمات لبرامج الجودة الشاملة وإمكانية الاستفادة منه والدور الذي تقوم به الجودة في نجاح المنظمات و استمراريتها.

أما فيما يخص الأداء الوظيفي فإن هناك العديد من الدراسات تناولت بالدراسة والتحليل مستوى إحساس العاملين بفعالية نظام تقييم الأداء الوظيفي وموضوعيته بالإضافة لدراسة خصائص الوظيفة وأثرها في أداء العاملين.

وخلصه لما سبق وليبيان الفرق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة نجد أن كل الدراسات السابقة تناولت موضوع الجودة من حيث مفهومها وأهدافها والدور الذي تلعبه في المنظمات الصحية أو الصناعية ولكن لم يتم ربط علاقة الجودة بأداء العاملين من خلال قياس مستوى الأداء في ظل تطبيق الجودة وقياس الأداء في ظل عدم تطبيق الجودة الشاملة وتطبيقها.

وبوجه عام فقد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في النقاط التالية:

1 إثراء الإطار النظري للدراسة الحالية وتزويد الباحث بخلفية مناسبة تساعد في بناء البحث.

2 مساعدة الباحث على اختيار مشكلة الدراسة حيث تم إغفال علاقة الجودة بالأداء الوظيفي للعاملين في الدراسات السابقة.

3 مساعدة الباحث في بناء أداة الدراسة (الاستبانة) واختيار منهج البحث.

4 تطوير فرضيات الدراسة استناداً للفرضيات الموجودة في الدراسات السابقة مع تغيير متغيرات الدراسة.

6.1. متغيرات البحث:

المتغير المستقل: تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفى المدروس.

المتغير التابع: مستوى الأداء الوظيفي للعاملين.

7.1. فرضيات البحث:

1 هناك علاقة بين تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والفوائد التي تعود على مشفى الملك

فهد.

2 - هناك علاقة بين زيادة المستوى المعرفي للعاملين حول مفاهيم الجودة الشاملة و الأداء الوظيفي للعاملين في مشفى الملك فهد.

3 كلما زادت فعالية تطبيق الجودة الشاملة كلما ارتفع أداء العاملين في مشفى الملك فهد.

4 وجود تشجيع كاف من الإدارات العليا يزيد من فعالية تطبيق الجودة الشاملة في مستشفى الملك فهد.

8.1. منهج الدراسة:

يعرف المنهج بأنه "المسلك الذي يؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة عدد من القواعد العامة" (بدوي، 1977، ص.5)، و نظراً لطبيعة أهداف هذه الدراسة فقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب دراسة الحالة (Case study) ، والذي يقوم على جمع البيانات من منشأة أو منظمة واحدة وتنظيمها وتحليلها وتقديم وصف للظاهرة محل الدراسة للتعرف على متغيراتها وأسبابها والعوامل ذات العلاقة بها واستخلاص النتائج عن طريق تحليل العلاقات بين متغيرات الظاهرة وذلك من خلال رؤية المبحوثين تجاه موضوع الدراسة وهذا الأسلوب يوفر للدراسة العمق والشمول (مبارك، 1992، ص.31) وهذا المنهج يستخدم لتمكين الباحث من تقديم وصف واف للظاهرة المدروسة.

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تستهدف الحصول على معلومات كافية ودقيقة عن علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي وذلك بتطبيقها على مستشفى الملك فهد . ومن هنا ستقدم هذه الدراسة وصفاً كافياً ودقيقاً لاتجاهات مفردات الدراسة في هذا المستشفى حول علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي ، ومن ثم تحليل البيانات وتفسيرها للوصول إلى نتائج عامة

تتخذ كمؤشرات لمعالجة مشكلة الدراسة وتحديد الوسائل الملائمة للرفع من مستوى الجودة الشاملة والأداء الوظيفي.

تم تقسيم المستشفى المدروس من حيث تطبيق الجودة الشاملة إلى قسمين هما:

1 مجموعة تطبق الجودة الشاملة.

2 مجموعة لا تطبق الجودة الشاملة.

وسوف يتم قياس مستوى الأداء للعاملين في المشفى، بالإضافة إلى التعرف على أسباب ومعوقات تطبيقها وكذلك معرفة علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي من خلال ذلك.

وسيتناول مدى تطبيق الجودة الشاملة في المنظمة الصحية ومدى التزام العاملين بها وقياس مستوى الأداء الوظيفي في ظل تطبيق الجودة الشاملة أو عدم تطبيقها في مستشفى الملك فهد ومن خلال هذا التنوع الموجود في المستشفى يمكن معرفة هذه العلاقة من خلال الوقوف على المقومات والتحديات التي تواجه الإدارات ومعرفة مفهوم الجودة الشاملة بالنسبة للإدارات التي تطبق أو لا تطبق الجودة الشاملة، بالإضافة إلى إيضاح دور وأهمية الجودة الشاملة للعاملين والدور الذي تلعبه في رفع مستوى الأداء في أي منظمة صحية.

لهذا يتوجب أن يكون هناك علاقة بين الجودة الشاملة والأداء الوظيفي حيث أن أحد أهداف الجودة الشاملة هو رفع مستوى الأداء الوظيفي، لذلك لا بد من التأكد من وجود مثل هذه العلاقة في المستشفى بعد القيام بعمل دراسة ميدانية للعاملين واستطلاع آراء ووجهات نظر الجهاز الإداري والطبي في مختلف المستويات.

بعد ذلك ستقدم الدراسة التوصيات والمقترحات التي تؤدي في النهاية إلى تحسين الأداء الوظيفي من خلال تطبيق الجودة الشاملة، وفي ضوء ما تقدم فقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي من خلال جانبين هما:

1- الجانب النظري المكتبي:

لقد تم تكوين هذا الجزء من خلال الرجوع إلى مصادر البيانات الثانوية وهي المصادر التي تزود الباحث بالبيانات غير المباشرة عن الموضوع وهي تمثل المعلومات والبيانات اللازمة لتكوين خلفية علمية متكاملة حول موضوع البحث، وسوف يتم جمع هذه المعلومات والبيانات من خلال مسح الإنتاج العلمي حول الموضوعات المتعلقة بموضوع البحث. وهذا الجانب يعتمد على البيانات الأساسية التي تم القيام بجمعها والإطلاع عليها عن طريق الكتب والمراجع والمقالات والدوريات والدراسات والوثائق والأبحاث والرسائل العلمية حيث كان الهدف من ذلك تقديم تغطية وافية للأدبيات المتعلقة بالجودة الشاملة وعلاقتها بالأداء الوظيفي.

2- الجانب الميداني (العملي):

تم ذلك عن طريق استخدام المصادر الأولية في جمع البيانات وهي المصادر التي تقود الدارس إلى بيانات مباشرة عن الموضوع محل الدراسة (الأعرجي، 1995، ص.65) والمصادر الأولية المستخدمة في هذه الدراسة هي قوائم الاستبيان التي تم استخدامها لجمع بيانات الدراسة وذلك تمهيداً لتحليل وتفسير نتائج الدراسة المختلفة حيث تم جمع 278 استبانة لغرض جمع البيانات من موظفي مستشفى الملك فهد.

1.8.1. مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المشافي العامة السعودية من أطباء وإداريين وفنيين وجهاز تمريض، وقد بلغ إجمالي عدد مفردات مجتمع الدراسة العاملين في مستشفى الملك فهد المرتبطة أعمالهم بالجودة الشاملة والأداء في المركز (306) موظف.

ونظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة فقد تم توزيع (306) استبانة شملت جميع مفردات مجتمع الدراسة، وتم استعادة (278) استبانة مكتملة البيانات تقريباً تمثل ما نسبته (90.85 %) من الاستبيانات الموزعة، وهي نسبة عائد مرتفعة.

9.1. أدوات البحث وأساليب المعالجة الإحصائية وتحليل البيانات:

بالإضافة لمصادر البيانات الثانوية التي تم استخدامها في هذه الدراسة لتغطية الجانب المكتبي (أو الوثائقي) فقد تم استخدام استبانة خاصة تخدم أهداف الدراسة بحيث تستخدم كأداة لجمع البيانات من مفردات مجتمع الدراسة وذلك لتغطية الجانب الميداني من هذه الدراسة.

وسيتناول هذه الأداة على النحو التالي:

1.9.1- بناء أداة الدراسة:

اشتملت أداة جمع البيانات (الاستبانة) على خمسة أجزاء تتناول الأول منها البيانات الأولية (الديموغرافية) لمفردات عينة البحث (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، الجنسية، المؤهل العلمي، مسمى الوظيفة، التخصص، العمل في مستشفى آخر قبل العمل في هذا المستشفى، سنوات الخبرة في العمل الحالي، سنوات الخبرة في العمل السابق).

تلا ذلك الجزء الثاني من الاستبانة والذي تم فيه استخدام أسئلة تتعلق بالجودة الشاملة (درجة الإلمام بإدارة الجودة الشاملة في المستشفى، العمل سابقاً في مستشفى يطبق الجودة الشاملة، حضور دورات تدريبية لها علاقة بالجودة الشاملة، مكان الدورات التي تم حضورها، تقييم فعالية الجودة الشاملة بالمستشفى، مدى تطبيق الإدارة للجودة الشاملة، درجة التزام الموظف بتطبيق الجودة الشاملة). وقد اشتمل الجزء الثالث من الاستبانة المستخدمة في هذه الدراسة على المحاور ذات العلاقة بموضوع الدراسة وذلك حسب الجدول (1.1):

جدول رقم (1.1)

توزيع أسئلة الدراسة

م	المحاور	أرقام الأسئلة
1	الفوائد الناتجة من تطبيق الجودة الشاملة	28 - 18
2	دور الإدارة العليا في تطبيق الجودة الشاملة	33 - 29

وقد اشتمل الجزء الرابع من الاستبانة على عبارات تناولت معوقات تطبيق الجودة الشاملة في المركز وذلك من السؤال رقم 34 إلى السؤال رقم 41. وقد تم استخدام مقياس ليكرت (likert) الخماسي: (غير موافق إطلاقاً =1، غير موافق =2، غير متأكد =3، موافق =4، موافق بشدة =5) للإجابة على عبارات الجزء الثالث والرابع.

وتتضمن الأسئلة الداخلة في الجزء الخامس من الاستبانة على عبارات تعكس تقييم الموظف لأدائه خلال الستة أشهر الماضية بحيث يجب عليها مفردات الدراسة وفقاً لتدرج المقياس الخماسي (منخفض جداً = 1، منخفض = 2، متوسط = 3، مرتفع = 4، مرتفع جداً = 5).

2.9.1- صدق أداة الدراسة:

يعرف الصدق على أنه "مدى استطاعة أداة الدراسة أو إجراءات القياس، قياس ما هو مطلوب قياسه" (عطية، 1996، ص. 260)، ويعني ذلك أنه إذا تمكنت أداة جمع البيانات من قياس الغرض الذي صممت من أجله، فإنها بذلك تكون صادقة. كما يقصد بالصدق "شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها" (عبيدات وآخرون، 1997، ص. 179). أما الصدق الظاهري وهو أحد أنواع الصدق فيعرف على أنه يعني قدرة المقياس على "قياس ما ينبغي قياسه من خلال النظر إليه وتفحص مدى ملاءمة بنوده لقياس أبعاد المتغير المختلفة"، بينما يعني صدق المحتوى المقياس خصائص الشيء المراد قياسه (القحطاني وآخرون، 2000، ص ص. 210-212)

ولضمان صدق محتوى أداة جمع بيانات هذه الدراسة، فقد تم إتباع الخطوات التالية :

أ- القيام بمراجعة شاملة لأهم الدراسات والبحوث ذات العلاقة والتي من خلالها تم التوصل إلى المسودة الأولى لأداة جمع البيانات.

ب- بعد ذلك تم القيام بإجراء دراسة أولية على عينة استطلاعية مكونة من مفردات تنطبق عليهم مواصفات مفردات الدراسة حيث تم توزيع (20) استبانة و كان الهدف من هذا الإجراء هو الإطلاع

على آرائهم ومقترحاتهم حول لغة ووضوح ومحتوى أداة الدراسة وتم الاستفادة مما ورد من ملاحظات واقتراحات، وبذلك تم التوصل للشكل النهائي لأداة الدراسة.

3.9.1-ثبات أداة الدراسة:

يعرف الثبات على أنه "الاتساق في نتائج الأداة" (البدائية،1998، ص.137)، ويقصد به إمكانية الحصول على نفس النتائج فيما لو أعيد استخدام نفس الأداة مرة ثانية، وقد تم حساب معامل الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والجدول رقم (2.1) يوضح معاملات ثبات الاستبانة.

جدول رقم (2.1)

قيم معامل الثبات (ألفا كرونباخ) لمحاور الدراسة

المحور	ألفا كرونباخ (ن = 278)
الفوائد الناتجة من تطبيق الجودة الشاملة	0.904
دور الإدارة العليا في تطبيق الجودة الشاملة	0.9368
المعوقات	0.7636
تقييم الأداء الشخصي خلال الستة شهور الماضية	0.9448
الكلية	0.9242

ويتضح من الجدول أن معاملات ثبات محاور الاستبانة كانت قيمها بين (0.764 و 0.945) وتعتبر معاملات الثبات مقبولة (أوماسيكاران، 1998، ص.445). كما يتضح أن معامل الثبات الكلي لأداة جمع البيانات قد بلغ (0.924) وهو معامل ثبات مرتفع.

وعلى الرغم من الجهد المبذول فيما يتعلق بإتباع الخطوات التي من شأنها رفع مستوى صدق أداة جمع البيانات وحساب معاملات ألفا كرونباخ لقياس مستوى الثبات إلا أنه يجب ألا نغفل بعض أوجه القصور مثل تلك الناتجة عن عدم تمثيل المجتمع بشكل كامل، وعدم القدرة على الجزم بفهم مفردات الدراسة لبنود أداة جمع البيانات بشكل كامل، وعدم إمكانية التأكد من أن إجابة مفردات العينة هي الإجابات التي يرونها 100%.

للإجابة على تساؤلات الدراسة فقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات التي تم جمعها من خلال الاستبيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ، وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية للإجابة على تساؤلات الدراسة:

1. التوزيع التكراري والنسب المئوية والأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف خصائص مفردات الدراسة وكذلك لوصف اتجاهات مفردات الدراسة نحو جميع عبارات المحاور الرئيسية في موضوع الدراسة.

2. لتحديد بداية منطقة " غير متأكد " و " متوسط " في مقياس (ليكرت) الخماسي تم عمل ما يلي (العمر، 1423هـ، ص.322):

♦ تم حساب المدى وذلك بطرح أعلى قيمة من أصغر قيمة في المقياس كما يلي: (4=1-5)

◆ تم قسمة المدى (4) على عدد خلايا المقياس (5)، والهدف من ذلك تحديد الطول الفعلي لكل خلية، وكانت ($0.8 = 4 \div 5$).

◆ نظرًا لأن المقياس لا يبدأ من الصفر بل من العدد (1) فإن نهاية الخلية الأولى تكون ($0.8 + 1 = 1.8$)، وهذا يعني أن أي وسط حسابي يقع بين القيمة (1) و القيمة (1.8) يعتبر ضمن الخلية الأولى " غير موافق إطلاقًا " أو " منخفض جدًا. "

◆ تكون بداية الخلية الثانية في مقياس (ليكرت) أكبر من (1.8) ونهايتها تكون ($2.6 = 0.8 + 1.8$) ولهذا يعتبر أي وسط حسابي أكبر من (1.8) وأقل من أو يساوي (2.6) على أنه ضمن الخلية الثانية " غير موافق " أو " منخفض. "

◆ عند إضافة (0.8) أخرى إلى العدد (2.6) نحصل على نهاية الخلية الثالثة لتصبح بداية الخلية أكبر من (2.6) ونهايتها أقل من أو تساوي (3.4) وبالتالي فإن أي وسط حسابي تقع قيمته بين هاتين القيمتين يعتبر ضمن الخلية الثالثة " غير متأكد " أو " متوسط. "

◆ وعلى هذا تكون بداية الخلية الرابعة أكبر من (3.4) ونهايتها أقل من أو تساوي (4.2) وتعتبر قيم الوسط الحسابي الواقعة بين هاتين القيمتين ضمن الخلية الرابعة " موافق " أو " مرتفع. "

◆ أخيرًا تكون بداية الخلية الخامسة أكبر من (4.2) ونهايتها أقل من أو تساوي (5)، وتعامل قيم الوسط الحسابي الواقعة بين هاتين القيمتين على أنها ضمن الخلية الخامسة " موافق بشدة " و " مرتفع جدًا. "

3. تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان للتعرف على العلاقة بين درجة تطبيق الجودة الشاملة

والأداء الوظيفي للعاملين، وكذلك للتعرف على العلاقة بين فاعلية تطبيق الجودة الشاملة ودعم

الإدارة العليا. كما تم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على علاقة معرفة العاملين

بمفاهيم الجودة الشاملة ومستوى أدائهم الوظيفي

10.1 - حدود البحث:

لقد واجه العمل في هذا البحث بعض الحدود وأوجه القصور والتي سيتم تناولها فيما يلي بهدف أخذها

في الاعتبار فيما يتعلق بتعميم نتائج البحث.

1.10.1 - الحد البشري:

تقتصر هذه الدراسة على الموظفين العاملين بمستشفى الملك فهد من أطباء وإداريين وفنيين وممرضين

وممرضات.

2.10.1 - الحد الجغرافي:

تقتصر الدراسة على مستشفى الملك فهد بالإحساء/ المملكة العربية السعودية.

3.10.1 - الحد الموضوعي:

تقتصر الدراسة في هذا المجال على موضوع الجودة الشاملة وإدارتها في مستشفى الملك فهد

وشملت درجة الإلمام بإدارة الجودة الشاملة في المستشفى، العمل في مستشفى يطبق الجودة الشاملة،

حضور دورات تدريبية لها علاقة بالجودة الشاملة، مكان الحضور، تقييم فعالية الجودة الشاملة

بالمستشفى، تطبيق الإدارة للجودة الشاملة، درجة الالتزام بتطبيق الجودة الشاملة، وكذلك قياس أداء

العاملين في المستشفى والتعرف على علاقته بتطبيق الجودة الشاملة في المستشفى.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

الدراسة النظرية

1.2. مفهوم الجودة الشاملة وأهميتها

1.1.2. مقدمة

2.1.2. مفهوم الجودة وإدارة الجودة الشاملة

3.1.2. الجودة الشاملة (أهميتها - عناصرها - معوقاتهما)

2.2. مفهوم جودة الخدمة الصحية و أهميتها

1.2.2. علاقة الجودة بالصحة

2.2.2. مفهوم جودة الخدمة الصحية

3.2.2. مميزات وصعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

4.2.2. الجودة والتكاليف

3.2. تطبيق مفهوم جودة الخدمة في الرعاية الصحية

1.3.2. برنامج بيكر - كومنولث

2.3.2. أبعاد الجودة الصحية

3.3.2. نموذج عملي لجودة الرعاية الصحية

4.3.2. نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية وهيئات التمريض

4.2. علاقة إدارة الجودة في الرعاية الصحية بالأداء

1.4.2. الأداء الوظيفي مفهومه وطرق قياسه

2.4.2. الأداء الوظيفي في المجال الصحي

3.4.2. برنامج تحسين الأداء والجودة الصحية

1.2. مفهوم الجودة الشاملة وأهميتها

1.1.2. مقدمة:

الجودة كنظام إداري حديث نشأت في اليابان إلا أنها تجربة أمريكية الأصل وإن نجاح تطبيقها في المنظمات اليابانية هو الذي دعا إلى القول بنشأتها في اليابان حيث قام اليابانيون في عام 1950 بتوجيه الدعوة إلى الإحصائي الأمريكي " ديمينغ " لكي يتحدث إلى عدد من رواد الصناعة في اليابان والذين كانوا مهتمين في ذلك الوقت بإعادة بناء اليابان بعد الحرب وبالدخول إلى الأسواق الأجنبية حيث استطاع " ديمينغ " إقناع رواد الصناعة اليابانيين بإتباع أساليب الجودة وكان من نتيجة أخذ وتطبيق الصناعيين اليابانيين توصيات ديمينغ بجدية أن تقدمت المنتجات اليابانية إلى المواقع التنافسية ، بشكل هائل في خلال السنوات التي تلت ذلك (غينتون، ملباي، 1995، ص. 347) ، وبعد نجاح منقطع النظير ، انتشرت هذه الفكرة وحاول العديد من الدول الغربية تطبيقها على منظماتهم .

2.1.2. مفهوم الجودة وإدارة الجودة الشاملة:

الجودة هي عبارة عن إدراك الفرد المبني على معتقداته وقيمه وهي دائماً تحتل تعريفات جديدة في أي تفاعل يحصل بين العميل و الخدمة ولذلك فمن الصعب وضع تعريف ثابت لها ولكن في نفس الوقت فإن أي شخص يستطيع أن يدركها فيقول : "أنا أعرفها عندما أراها". (Brent.p.17).

يعرف (تتروديتودو) الجودة بأنها " إستراتيجية عمل أساسية تسهم في تقديم سلع وخدمات ترضى بشكل كبير العملاء في الداخل والخارج ، وذلك من خلال تلبية توقعاتهم الضمنية والصريحة" (بن سعيد، 1997، ص. 69) كما عرف معهد الجودة الفيدرالي الجودة الشاملة " بأنها شكل تعاوني

لأداء الأعمال يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة والعاملين بهدف التحسين المستمر في الجودة والإنتاجية وذلك من خلال فرق العمل " (السقاف،1995، ص. 7) ويرى شون بيرجر "أن الجودة هي مجموعة من المفاهيم و الإدارات التي تجعل جميع العاملين في المنظمات يركزون على التحسين المستمر من وجهة نظر العميل"(Shone, 1992, pp. 26-28)

ويعرف كروسبي إدارة الجودة الشاملة بأنها "طريقة منهجية منظمة لضمان سير النشاطات التي سبق تخطيطها." أما دينهارت فيرى أن إدارة الجودة الشاملة هي عبارة عن "خلق ثقافة متميزة من الأداء حيث يعمل المديرون والموظفون بشكل مستمر ودعوب لتحقيق توقعات العملاء والمستفيدين وأداء العمل الصحيح بشكل صحيح منذ البداية مع تحقيق الجودة بشكل أفضل وفعالية عالية وفي أقصر وقت ممكن."

أما مكتب الحسابات الفيدرالي في واشنطن فيعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها "فلسفة قيادة تتطلب سعياً دعوياً للجودة وتوجهاً نحو التحسين المستمر في كافة جوانب العملية الإدارية في إنتاج خدمات وإجراءات واتصالات" (الخلف،1997، ص.123).

ورغم أن هناك عدة تعريفات لإدارة الجودة الشاملة. إلا أن هناك اتفاقاً على متطلبات إدارة الجودة الشاملة وهي (بن سعيد،1997، ص.18):

- 1 - استعمال الحقائق والبيانات الدقيقة والكافية لاتخاذ القرارات.
- 2 - اشتراك جميع الأفراد في إدارة الجودة الشاملة أو فرق تحسين العمليات.
- 3 - التحسين المستمر للعمليات والمنتج.
- 4 - التركيز على العمليات والنشاطات بدلاً من النتائج.
- 5 - تلبية احتياجات العميل وتوقعاته(العميل الداخلي والخارجي).

6 استعمال الأساليب الإحصائية الأساسية لقياس الجودة.

3.1.2. الجودة الشاملة، أهميتها وعناصرها:

أهمية الجودة الشاملة:

تشكل الجودة منذ أن تم العمل بها أهمية كبيرة بالنسبة للعملية الإنتاجية أو للعاملين في المنظمة كما أنها تشكل أهمية خاصة للمستخدمين من خدمات هذه المنظمات ولقد تمكنت بعض المنظمات من تحقيق فوائد إيجابية كنتيجة مباشرة لتطبيقها لإدارة الجودة الشاملة.

حيث نجد أن شركات مثل شركة الخطوط الجوية البريطانية ، وشركة آي بي إم ، والبريد الملكي قد حققت فوائد من تطبيق الجودة الشاملة ، و بالإمكان رصد أهم الفوائد المحققة من تجارب تلك المنظمات في تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة (بن سعيد، 1997، ص. 146) فيما يلي:

- 1 - انخفاض شكاوى المستهلكين والعملاء وجودة السلعة والخدمة المقدمة إليهم.
- 2 - تخفيض تكاليف الجودة بمعنى أنه كلما تم تحسين الطرق والأساليب الوقائية أدى ذلك إلى انخفاض التكاليف وارتفاع مستوى الجودة.
- 3 - زيادة حصة السوق وتخفيض التكاليف.
- 4 - تخفيض عيوب الإنتاج والجودة وزيادة رضا العميل.
- 5 - زيادة الفاعلية ، وتخفيض المخزون ، وتخفيض الأخطاء ، وتخفيض تأخير التسليم
- 6 - زيادة الابتكارات والتحسين.

وقد تمكنت بعض المنظمات من تحقيق فوائد إيجابية كنتيجة مباشرة لتطبيقها إدارة الجودة الشاملة (الخلف، 1997، ص. 146) ومن أهم هذه الفوائد:

1 - انخفاض نسبة التسرب الوظيفي.

2 - انخفاض نسبة الغياب.

3 - انخفاض نسبة الإجازات المرضية ، انخفاض نسبة الإصابات أثناء العمل.

وفى إطار التعرف على الفوائد التي يمكن تحقيقها من تطبيق إدارة الجودة الشاملة، قام مكتب المحاسبات العام بالولايات المتحدة عام 1991 م بدراسة المنظمات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة ، وتوصل إلى أن المنظمات التي تبنت إدارة الجودة حققت تقدماً شاملاً في أداء المنظمة فهي حققت تقدماً في العلاقات العمالية وزيادة الإنتاجية ودرجة أعلى من إرضاء العميل وزيادة في حصة السوق والأرباح.

عناصر الجودة الشاملة:

من خلال ما سبق من استعراض مختصر لنشأة الجودة الشاملة وتطور مفهومها ،يتضح لنا أنه لا يوجد اتفاق حول تحديد عناصر أو أسس أو مبادئ أو ركائز ثابتة موحدة للجودة الشاملة حيث أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمة بيروقراطية في دولة نامية لا يتبع نفس الخطوات التي تنتهجها منظمة إدارية في اليابان مثلاً أو الدول المتقدمة لوجود بعض الاختلافات منها حجم المنظمة وثقافة العاملين والقيم الاجتماعية السائدة في البيئة الخارجية للمنظمة التي يتواجد الجزء الأكبر من العملاء فيها.

وفيما يلي سوف نسوق أهم عناصر إدارة الجودة الشاملة حيث تباينت آراء المنظرين الإداريين في مجال الجودة فيما يتعلق بالعناصر الأساسية، فقد أشار جوزيه جابلونسكي (1991 م) إلى أن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الكلية يستلزم ضرورة توفر عدد من العناصر والمبادئ المتمثلة في التركيز

على العميل والتركيز على العمليات والنتائج معاً واتخاذ القرارات استناداً إلى الحقائق التنفيذية العكسية (جابلونسكي، 1993، ص.2-3).

كما لاحظت بروس (1990 م) أن الدور المهم للإدارة العليا في تحسين فعالية برامج الجودة يتوقف على توفر نوعين من المهارة لنجاح خطة تحسين الجودة في تلك البرامج (الحاضر، 2000، ص. 45) هما:

- 1 + الاستخدام الجيد للأساليب والحوافز لتنفيذ خطط برامج الجودة.
- 2 دعم الإدارة مهم للغاية لأن المشتغلون في الرعاية الصحية يشعرون بأن الجودة لم تقدم إسهامات فعالة للرعاية الصحية ، كما أن برامج الجودة للمستشفيات ما زالت تقاوم نتيجة لنقص الدعم الكافي.

أما توماس (1992 م) فيعتقد أن تطبيق الجودة يقوم على أساس عنصرين هما : الوضوح الذي يشير إلى ضرورة تحديد المطلوب وفقاً لمعايير محددة ، والدقة ويقصد بها التأكد من أن هذا المطلوب والمعايير قد تم تحقيقها (Baker and Gelmon 1996 pp.66-87)

وأخيراً يرى كل من " البيرتش ، وزيمك " أن هناك خمس عناصر للجودة هي:

- 1 المشاركة في تحسين الأداء بدءاً من الإدارة ونزولاً حتى تنتهي بالموظفين.
- 2 قياس الأداء الذي يتم من خلال الوسائل الإحصائية وجدولة الأداء.
- 3 توفير المعلومات الأولية ، مثل وضوح أهداف المنظمة ، والوظائف والمعلومات الأولية المرتدة عن مستوى الأداء والتدريب على المهام.
- 4 مكافأة الموظفين على مشاركتهم في تحقيق الأداء المتميز.

5 - المتابعة المستمرة التي تدل على أن المنظمة قد جعلت الجودة جزءاً من ثقافته التنظيمية وليس فقط مجرد برنامج مؤقت.

يتضح لنا أنه لا يوجد اتفاق حول تحديد عناصر وأسس الجودة ولكن تم التركيز على أهم العناصر التي تمكن الباحث من استنباطها من واقع المعلومات الموجودة في البحث.

2.2. مفهوم جودة الخدمة الصحية وأهميتها

1.2.2. علاقة الجودة بالصحة

أوضح د.دونابيديان في معظم كتاباته المكونات الرئيسية لأي نشاط والتي تتألف من :

البنية (التركيب) ← العمليات ← النتائج

وأوضح أن العمليات من الممكن تقسيمها إلى مدخلات و عمليات و مخرجات وهذا ما ينطبق على

الجانب الطبي الذي له مدخلات وعمليات ومخرجات وبالتالي نصل إلى النتائج (Brent.p.17).

ولهذا لم تستطع منظمات الرعاية الصحية أن تتجاهل الحاجة الملحة للجودة وعمليات التحسين

وذلك من أجل نجاح العمل وتحقيق رضا المريض حيث أن إدارة الجودة الشاملة أصبحت فلسفة

من أجل التغيير في الكثير من منظمات الأعمال وهذه الفلسفة تؤثر على كل قسم في المنظمة

بمفرده وبالتالي على كل فرد موجود في المنظمة وتطبيقها يتطلب موظفين يفكرون بشكل مختلف

وبالتالي يعملون بشكل مختلف عما هو معتاد.(potter 2005 p.388)

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية من أوائل الدول التي قامت بتطبيق فلسفة الجودة على القطاع

الصحي. أما في العصر الحديث فقد ظهرت الاهتمامات الأولى بجودة الرعاية الطبية في المستشفيات

عام 1912 في صورة غير مباشرة عن طريق تنظيم ممارسة الطب وضرورة حصول مقدمي الرعاية

الطبية على تراخيص مزاوله المهنة وتحديد صلاحيات ذلك العمل في عملية "مراجعة الزملاء" حيث

كان الأطباء يقومون بتقييم الرعاية الطبية المقدمة من زملائهم (بن سعيد،1997،ص.75).

2.2.2. مفهوم جودة الخدمة الصحية

من الصعب إعطاء تعريف ثابت عن جودة الخدمة الصحية ومفهومها يختلف من شخص إلى آخر، وذلك حسب موقع الشخص في المنظمة الصحية ، كما أن التعريف الذي يقدمه متلقي الخدمة الصحية يختلف عن التعريف الذي يقدمه مقدم الخدمة الصحية ، فالجودة لدى مقدم الخدمة تعني " الالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية الصحية وبهدف تحقيق النتائج المرجوة" (potter p.383) ، في حين يرى المريض أنها " درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه" (potter p.383) كما أن إدارة المنظمة الصحية قد ترى أن الجودة هي الوصول إلى مستوى مرتفع في رضا المريض وبالتكلفة الأقل ، وإضافة إلى ذلك فإن صانعي السياسات الصحية في أي بلد يرون أن الجودة هي عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة (العمر، 2002، ص.311).

قدمت الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتماد تعريفاً عن الجودة في الرعاية الصحية على أنها: "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة". (نياز 2005 ص 27).

جودة الرعاية الصحية هي "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد" (نياز 2005 ص 26)

ويشير دونابديان ، إلى أن لجودة الرعاية الصحية محورين هما المحور الفني والمحور الإنساني ، حيث يتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الصحيحة في التشخيص والعلاج ، بينما

يتضمن المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له ، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية ، لذا فهو على نفس الدرجة من الأهمية (Donabedian, pp.1744-1988).

إن كل شخص يقدم الخدمة الصحية مسئول عن تقييم الخدمة التي يقدمها للمريض والمنظمات الصحية يجب أن تكون مسئولة عن تقييم وتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمريض وهذا يتطلب من جميع مقدمي الخدمة الصحية وفي كل المستويات أن يقيموا عملهم بشكل دقيق وجدي وأن يطبقوا جميع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة والمثبتة على المريض و أن يقوموا بقياس مدى نجاحهم في تحقيق الأهداف ومدى تطابقها مع النتائج.(potter p.365)

وبما أن مقدم الخدمة الصحية يتعامل مع المريض بشكل مباشر داخل المنظمة الصحية فيجب علينا أن نعلم بأن توقعات المريض تجاه هذه المنظمة تنقسم إلى قسمين هما:

1 توقعات المريض المتعلقة بالجانب الطبي (طبيب أو ممرضة)

2 توقعات متعلقة بطبيعة التفاعل بين المريض ومقدم الخدمة (Brent 1989 p.17)

وبناءً على هذه التوقعات سيتم تقسيم الجودة في العمل الصحي إلى نوعين هما:

1 جودة المحتوى وهي مساوية تماماً للنتائج الطبية فيتم الحكم على تطابق نتائج الخدمة

المقدمة للمريض مع الأهداف وهي تقييم من قبل مقدم الخدمة.

2 جودة توصيل الخدمة وهي التي تعبر بشكل عام عن مستوى رضا المريض.

(Brent 1989 p.19)

ويرى العساف أن الجودة لها أبعاد تتعلق بالكفاءة والتقنيات الفردية والاستمرارية وحفظ السلامة

والعلاقات الاجتماعية مع الأفراد بالإضافة إلى تحسين وتجميل المرافق ورونق الخدمة المقدمة، وهذا

يعني أن الجودة الصحية تشمل عدة جوانب للخدمة الصحية ولذلك على مقدمي الخدمة أن يهتموا ليس فقط بمدى اكتسابهم للمعلومات الطبية الجديدة ولكن كذلك لسلوكهم مع مستفيدي الخدمة ومع من يشاركونهم بإعطاء الخدمة ،وهذا يقودنا إلى القول أن مفهوم الجودة الشاملة لا بد وأن تتوحد وجهات النظر بشأنه من جانب مقدمي الخدمة والمستفيدين منها وذلك حتى يتم تطبيقها بنجاح وجني الثمار المرجوة منها وبخاصة في القطاع الصحي (العساف،2000، ص.24).

3.2.2. فوائد و معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

إضافة إلى أهمية الجودة الشاملة وفوائد تطبيقها التي تعرفنا عليها فيما سبق فإنها تمثل أهمية خاصة عند تطبيقها في القطاع الصحي والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجاً لاستخدام مثل هذا المنهج ، وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة عدد المستفيدين منه من حيث الحصول على رضا هؤلاء المستفيدين . ويمكننا إيجاز الفوائد التي يمكن تحقيقها بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي فيما يلي:

1 تجنّب المنظمات الصحية التكلفة المترتبة على تقديم خدمات صحية بجودة متدنية ، وقدرتها على تحسين الأداء المالي وتخفيض مصروفات الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات (Attree,1996, pp. 35-51)

2 بالإضافة إلى تخفيض التكلفة وتحسين مستوى رضا العملاء فهي تساعد منظمات القطاع الخاص على الوقوف أمام المنافسة القوية (محرم وفهمي،2000، ص. 8).

3 يضاف إلى ذلك أن الإدارة يمكنها التعرف على احتياجات المستفيد والعمل على تحقيقها ، وكذلك فإن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمكن المنظمة من العمل على الحصول على بعض الشهادات للدولة في هذا المجال (مدني،1996،ص. 110)

إن تطبيق نظام الجودة في المنظمة الصحية يعطيها الميزات التالية:

- 1 -زيادة ثقة المريض بالمنظمة الصحية
- 2 -تقليل عدد الأخطاء ونسبة الفشل في المنظمة الصحية وهذا يؤدي إلى تقليل عدد ضحايا الأخطاء الطبية.
- 3 -تعريف جميع الموظفين في المنظمة الصحية بالمسؤوليات والصلاحيات.
- 4 -تخفيض تكاليف المصروفات في المنظمات الصحية نتيجة لتقليل الهدر في الموارد الناتج عن فشل بعض العمليات.
- 5 -رفع مستوى فعالية الرعاية المقدمة للمريض
- 6 -تزيد المنافسة بين المنظمات الصحية
- 7 - إيجاد نظام وقائي ضد المشاكل الكامنة التي تحدث في أماكن العمل.(zgodavova p.31)

لكن كما سبق وذكرنا الفوائد الناتجة من تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي فلا بد لنا من ذكر المعوقات والصعوبات التي قد تواجه تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي، "إن الجودة الشاملة شأنها في ذلك شأن أي تطوير حديث لا بد وأن تواجه بعض المشكلات حيث نجد إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أي مؤسسة لا بد وأن يواجه ببعض العقبات والعوائق" (السقاف،1995،

ص.55)

من أهم المشكلات التي تواجه تطبيق الجودة الشاملة ما يلي:

1 مشكلات تنظيمية:

تتسم المنظمات الصحية - كغيرها من المنظمات التي تعتمد على المهنيين - بوجود خطين واضحين للسلطة أحدهما إداري والآخر طبي ، ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها على بعض جوانب النشاط دون غيرها (الأحمدي، 2000، ص.42).

2 مشكلات شخصية واجتماعية:

أن من طبيعة النفس البشرية ألا تقبل أي تغيير بسهولة وذلك أن بعض القيادات الإدارية تتمسك بالقوانين والتعليمات الإدارية التقليدية (القديمة) ويعارضون أي تغيير في أسلوب إدارتهم لذلك فإن الانتقال الكبير في النظام الإداري القديم إلى نظام وثقافة الجودة لا يمكن قبوله بسهولة في بعض المؤسسات حيث أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب أشياء كثيرة منها تعديل في الهيكل التنظيمي للمنظمة، وطريقة الاتصال وشخصية العاملين. وفي الحقيقة هناك سببان رئيسيان لرد الفعل السلبي للمدراء والمشرفين والعاملين نحو تطبيق برنامج الجودة الشاملة ، يتمثلان فيما يلي:

أ - الخوف من التغيير حيث يعتقد البعض أنه طالما هم راضون على الوضع الحالي فما الداعي للتغيير .

ب - يعتقد البعض أن إدارة الجودة الشاملة سوف تحد من صلاحياتهم مما يؤدي إلى التأثير على مسئولياتهم (السقاف، 1995، ص.55).

وهناك عامل مهم لا بد وان يراعى قبل تطبيق الجودة يتمثل في الثقافة السائدة في المنظمات الصحية ويؤكد (Shortell, p. 11) أن الثقافة قد تكون أهم العوامل التي تعرقل مجهودات التحسين المستمر في المنظمات الصحية فهذه المنظمات من وجهة نظره - تنظر إلى نفسها أولاً أي أنها تفكر في احتياج مقدمي الرعاية (الأطباء) أكثر من احتياج المستفيد (المريض) ، ويضيف أن نمط السلطة في هذه المنظمات لا يسمح للعاملين فيها بالمشاركة بإبداء الرأي أو اقتراح تغيير الكيفية التي يتم بها أداء العمل ، وخصوصاً في ظل وجود القناعة القوية لدى الأطباء بعدم جدوى مجهودات التحسين واعتبرها مجرد آلية لخفض التكاليف وأنها تمثل تهديداً للاستقلالية التي تتميز بها ممارسة الطب ، مما يثير مقاومتهم تجاهها خوفاً من أن تحد من حرية وجود قرارات الرعاية الصحية.

ويؤكد على ذلك (McLaughlin and Kaluznuj,1990, p.8) إذ يشير إلى أن هناك تناقضاً بين إدارة الجودة والكثير من المسلمات المتعلقة باستقلالية الأطباء ، فإدارة الجودة تمثل تحدياً حقيقياً للطريقة التي يفكر بها الأطباء في الجودة الشاملة، والطريقة التي يقيمون وينظمون بها أنفسهم ويحصلون ويحسون بها استقلاليتهم، وبهذا نلاحظ أن هذه الآراء قد اتفقت على أهم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تكمن في معارضة التغيير سواء من الجانب الإداري أو الجانب الطبي، وهذا يحتاج إلى بذل المزيد من الجهود لإقناع هؤلاء المعارضين بجدوى وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في عدة جوانب مختلفة ، نجد أخيراً أن من أهم أسباب فشل مشاريع الجودة الشاملة عدم قدرتها على تحقيق المشاركة الفعالة للأطباء في مجهودات الجودة الشاملة وتجنب معظم المنظمات الصحية مشاركة الأطباء في بداية المشروع خوفاً من أن يؤدي ذلك إلى فشل المشروع بأكمله (Shortell,1995, p. 15) ، وتشير الدراسات إلى أن غالبية المنظمات الصحية تفقد البدء بتطبيق مبادئ الجودة الشاملة على العمليات الإدارية والمساندة التي لا تتطلب مشاركة الأطباء وذلك لعدة أسباب يختصرها (Berwick,1992 ,p25.) فيما يلي:

1 تم يتلق الأطباء التدريب اللازم على بعض الأمور المتعلقة بإدارة الجودة مثل التركيز على العملاء والعمليات وتغييرهم بما في ذلك المديرين التنفيذيين إذ لابد لهم من نسيان الافتراضات والمعتقدات القديمة.

2 تواجه الأطباء مشكلة تخصيص الوقت للتعلم والمشاركة في فرق العمل.

3 كثير من المستشفيات حققت تنظيمًا غير مستقر مع الهيئة الطبية بإيجاد حافز وهمي بين الأمور الطبية والإدارية.

4 محاولة اشتراك الأطباء في البداية تتطلب مجهودًا إضافيًا لأنه من الصعب تحديد وتعريف هذه المشاركة بشكل إجرائي ملائم.

إضافة إلى الأسباب السابقة يرى (Shortell,1995, p.16) أن نقص مشاركة الأطباء في جهودات تحسين الجودة الشاملة يعود إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية واعتقادهم أن إدارة الجودة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة، وتؤكد التجارب أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المنظمات الصحية بشكل واسع دون مشاركة الأطباء مهما بدا ذلك مريحًا تزيد التكلفة الإجمالية لعملية التغيير ولا تحقق الأهداف المرجوة منها. (Berwick,1992, p.31)

وإضافة لما تم ذكره ترى (zgodavova .p.32) أن عدم وجود إستراتيجية واضحة للمنظمة الصحية يشكل عائقاً مهماً في وجه التطبيق إضافة إلى الخدمة الصحية تعتمد بشكل أساسي على جودة مقدم الخدمة الشخصية.

ونخلص في القول إلى أنه حتى نضمن التطبيق الأفضل لإدارة الجودة الشاملة في منظمات الرعاية الصحية فلا بد من تطبيق عناصرها التي تم جمعها في سبعة عناصر هي:

التركيز على العميل ، وتحسين العمليات ، ومراقبة درجة الانحراف ، والإدارة العليا الداعمة ، ومشاركة العاملين ، والأسلوب العلمي القائم على جمع وتحليل البيانات والمقارنة المرجعية (العمر، 2002، ص.316)

4.2.2. الجودة والتكاليف:

كان شوهارت أول من وضع العلاقة بين الجودة والتكلفة حيث قال "السعر ليس له معنى بدون قياس جودة ما تم شراؤه" (shewhart 1986 p.193)

وأوضح (د.نياز 2005 ص 39-40) أنواع التكاليف من منظور الجودة والتي بين بها أن التكاليف من منظور الجودة هي كامل التكاليف التي تساعد في عمل الإجراء المطلوب، مضافاً إليها تكاليف النتائج غير المرضية التي قد تحدث والنتيجة عن عدم تحقيق مستوى الأداء المطلوب، وتشمل التكاليف المدفوعة من المؤسسة أو المريض في حالة حدوث نتائج غير مرضية بما في ذلك الخسائر الناتجة عن الهدر وتكرار العمل أكثر من مرة، ويتم تصنيفها داخل المؤسسة بحسب المعايير الخاصة بها، وبجانب ذلك توجد خسائر لا يمكن تحديدها بشكل كمي مثل خسارة سمعة المؤسسة ولذلك تبذل كافة الجهود في سبيل الجودة لتجنب هذه الخسائر.

ونظراً لكون الموارد محدودة، ولأننا قد نحتاج أثناء تطبيق برامج ضمان الجودة إلى موارد إضافية، فمن الممكن توفير هذه الموارد بتقليل نسبة الخدمات الخاطئة، أو غير الضرورية، وكذلك بزيادة فعالية استخدام الموارد المتاحة، وفيما يلي سرد لهذه التكاليف:

1. تكاليف وقائية Prevention Cost :

تشمل تكاليف استخدام وسائل أو تطبيق نشاطات تمنع حدوث الفشل أو وقوع الخطأ، وتحافظ على تكاليف التقييم بأقل تكاليف ممكنة وعادة ما تبدأ في المراحل التحضيرية للمؤسسة أو لعمل جديد أو

خدمة جديدة، وكأمثلة على ذلك: تكاليف مراجعة منتج أو خدمة جديدة، تخطيط وتصميم الجودة، اجتماعات مجلس الجودة، برامج التدريب، وضع إجراءات العمل، تحليل المعلومات، مشاريع تحسين الأداء، تطوير نظام المتابعة، التخطيط.

وفي المجال الصحي يمكن أن تكون هذه التكاليف للتخطيط ولتحديد احتياجات المريض، تعليم وتدريب الكوادر الصحية، تطوير نظام المتابعة.

2. تكاليف التقييم Appraisal Cost :

تتفق هذه التكاليف للتحقق من مدى مطابقة المنتجات والخدمات لمعايير الجودة وكذلك تكاليف الدراسات والتدريب و المتابعة المتعلقة بها، وتتضمن على سبيل المثال: التدقيق والاعتماد والترخيص، الصيانة، فحص المشتريات، توثيق الإجراءات المختلفة، مناظرة الأنشطة المختلفة وتقييمها. وكأمثلة: اختبار كفاءة العمال الجدد، التحري الدوري لعمليات العمل، القياس، التحقق النهائي.

وكأمثلة في المجال الصحي: التدقيق والاعتماد والترخيص، توثيق الإجراءات.

3. تكاليف الفشل الداخلي Internal failure cost :

هي نتيجة تصحيح الخدمات أو السلع، والناجمة عن عدم مطابقتها للمعايير وذلك قبل تسليمها للزبون، ولتصحيح الإجراء الخاطئ قبل معرفة أو وعي المريض له أثناء سير العملية الإجرائية مثل إعادة إجراء فحص دموي من نفس العينة المأخوذة من المريض لفشل الفحص الأول.

وكأمثلة أخرى: التلف الناتج عن مرحلة عمل غير صحيحة، إعادة العمل أو تكرار إجراء معين لعمل أو أجزاء منه.

4. تكاليف الفشل الخارجي External failure cost :

هي نتيجة تصحيح الخدمات أو البضائع غير المطابقة للمعايير بعد تسليمها للزبون، أو تلك التي اختبرت من قبل الزبون، أو هي كلفة إصلاح الفشل الذي يتم التعرف عليه من قبل المريض بعد الانتهاء من عمل الإجراء له مثل إعادة إجراء فحص دموي من عينة جديدة تؤخذ من المريض لفشل الفحص الأول، وكأمثلة عامة: دفع الغرامات، إعادة عمليات منتج أو أجزاء منه، التلف الناتج عن عدم المطابقة، رفض الخدمة أو المنتج من الزبون، السمعة السيئة الناتجة عن سوء الأداء أو رداءة المنتج.

من الممكن ضمان الجودة حسب الموارد المتاحة، وذلك بوضع الخطة الملائمة لذلك على النحو التالي:

- 1 تكاليف القليلة : الاهتمام بوضع السياسات والإجراءات وتعميمها للعمل بها، مناظرة الأداء، حل المشاكل الملحة والأساسية.
- 2 تكاليف المتوسطة : تدريب العاملين، تحسين الأداء في نظام المعلومات، الصيانة الوقائية.
- 3 تكاليف العالية : زيادة الكادر المؤهل وزيادة تأهيل الكادر، تطوير التجهيزات، تطوير مجال العمل.

3.2. تطبيق مفهوم جودة الخدمة في الرعاية الصحية:

1.3.2. برنامج بيكر-كومنولث:

قامت JCAHO 2002 بالطلب من المنظمات الصحية التعرف على كيفية التعامل مع حاجات العميل وتوقعاته حيث أن هذه المنظمات تستخدم نتائج الخدمة التي تقدمها إلى العميل كقاعدة تبني عليها عمليات إعادة تصميم تقديم الخدمة ولعل أفضل نتيجة يتم البناء عليها هي رضا العميل الذي تعتمد عليه أغلب المنظمات الصحية في عملية قياس جودة الأداء، وعلى هذا الأساس تم تنفيذ برنامج بيكر-كومنولث الذي وضع أبعاد الرعاية المقدمة للمريض والتي يجب التركيز عليها عند التعامل مع المريض (potter 2005 pp.42-43):

1 احترام قيم المريض ومعتقداته واحتياجاته:

- يتوقع المريض أن تتم معالجته باحترام وبكرامة.
- يريد المريض أن يتم إخباره وإدخاله في عملية اتخاذ القرار حول حالته.

2 التنسيق والتعاون في تقديم الرعاية:

- يبحث المرضى عن التنسيق في جميع الخدمات والإجراءات المقدمة.
- المرضى بحاجة لأن يعرفوا دوماً مع من يتواصلون من أجل مساعدتهم.
- يمكن تقليل شعور المريض بعجزه ومرضه عن طريق التنافسية بين أعضاء الفريق المعالج في تقديم الخدمة.

3 المعلومات - الاتصال - التثقيف:

- يتوقع المرضى أن يتلقوا بدقة وفي الوقت المناسب معلومات عن حالتهم الصحية وتطورها.

- يريد المرضى وعائلاتهم أن يتم إخبارهم عن التغييرات الرئيسية في علاجهم وفي حالتهم.

- يجب أن يتم شرح الفحوصات والإجراءات للمرضى بلغة مفهومة.

4 الراحة الجسدية والفيزيائية:

- تعتبر الراحة الجسدية للمريض من أهم الخدمات التي يقدمها مقدموا الرعاية.
- البيئة التي يتم بها تقديم الرعاية الصحية يجب أن تكون مريحة ونظيفة
- يتوقع المرضى الخصوصية في التعامل معهم.
- يجب أن يتفاعل أعضاء هيئة التمريض في الوقت المحدد وبطريقة مؤثرة لأي طلب يخص أدوية معالجة وتسكين الألم ويجب عرض جميع البدائل من أجل معالجته.

5 الدعم النفسي والعاطفي وإزالة الخوف والقلق:

- يبحث المريض بشكل دائم عن مقدم خدمة يستطيع مشاركته مخاوفه واهتماماته.
- لدى المريض قلق مادي حيال قدرته على دفع قيمة الخدمة الطبية.

6 مشاركة العائلة والأصدقاء:

- مقدموا الخدمة يجب أن يتعرفوا ويحترموا عائلة وأصدقاء المريض الذين يتم الاعتماد عليهم من قبل المريض.
- للمريض الحق في معرفة ما إذا كان أفراد العائلة مشتركين في اتخاذ القرار حول وضعه وحالته.

7 الاستمرارية:

- يتوقع المريض استمرارية تلبية احتياجاته الصحية حتى بعد خروجه من المشفى.

- المريض يريد معلومات وافية عن الحماية الغذائية لاتباعها وخطة المعالجة ومعلومات عن الأدوية التي سوف يأخذها والعلامات الخطيرة التي من الممكن حدوثها بعد خروجه من المشفى .

2.3.2. أبعاد الجودة في الخدمة الصحية:

للجودة أبعاد عديدة تتفاوت في الأهمية حسب الظروف البيئية المحيطة، ونعني بالأبعاد الجوانب المختلفة للجودة، وقد يكون أفضل تعريف لهذه الأبعاد هو شرح الواحد منها تلو الآخر. وقد تتركز النشاطات التي تضمن الجودة في بعد أو أكثر من هذه الأبعاد، وبشكل خاص فإن أبعاد الجودة في المجال الصحي مناسبة للرعاية الصحية كما هي مناسبة للخدمات الإدارية الملازمة لعملية تقديم تلك الرعاية، وهناك أبعاد أخرى يمكن إضافتها للقائمة مثل التوفير، الكفاية، الرضا، الثبات، التحسين. (نياز 2005 ص.ص 34-38):

1 -فاعلية الرعاية Effectiveness of care:

تشير الفاعلية إلى أي درجة تم إنجاز الهدف الموضوع وإلى أي درجة تحققت النتائج (الحصيلة) المرغوبة من الرعاية وإلى أي درجة نجحت الإستراتيجية الموضوعة في تحقيق الأهداف. وهي تعكس مدى القيام بالعمل بالطريقة الصحيحة.

2 -كفاءة تقديم الخدمة Efficiency of Service Delivery :

تعني الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية والمالية والمادية) لتقديم أفضل رعاية صحية للمريض وللمجتمع، وتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة، وبشكل آخر فهي تعني تقديم أفضل رعاية

صحية ممكنة بالاستثمار الأمثل للموارد المتاحة بتقليل التكاليف عن طريق تقديم الخدمات الضرورية والصحيحة وتلافي الخدمات غير الضرورية أو الخاطئة.

3 -المقدرة التقنية (الكفاءة الفنية) Technical Competence:

لهذا البعد أهمية في مجال الخدمات العلاجية وغير العلاجية، حيث يتضمن المهارات ذات العلاقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية، أما في المجال غير العلاجي (مثل الإدارة) فإنه يتطلب مهارات في الإشراف والتدريب وحل المشكلات، وتشير إلى أي درجة تتوافق المهام المنجزة من قبل العاملين الصحيين والمرافق الصحية مع المتوقع من الجودة التقنية (أي تتطابق مع المعايير).

والمهارات المطلوب توفرها في الموظفين تعتمد على الوصف الوظيفي لكل منهم، فمثلاً؛ ينبغي على عاملة الاستقبال القادرة تقنياً أن تكون قادرة على الرد على طلبات الاستفسار، فيما يمكن أن يتوقع من الصيدلاني أن تتوفر لديه المقدرة في تحديد اللوازم وإدارة مستودعات الأدوية، وكذلك يمكن للمقدرة التقنية أن تشير إلى كفاءة الموارد المادية: فعلى سبيل المثال، ينبغي أن تعمل آلة التصوير الشعاعي عدداً من الصور الإشعاعية يتماشى مع المعايير المقبولة كماً ونوعاً وبشكل منتظم، وتعني المقدرة التقنية أيضاً المهارات والقدرات الفنية اللازمة للقيام بالأداء المطلوب للعاملين في القطاع الصحي، وتقاس هذه المقدرة التقنية بمدى مطابقة الأداء الفني للمعايير والمواصفات المطلوبة، فمثلاً:

أ - كفاءة الكوادر الطبية: تعني القدرة على تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والاستشارية بكفاءة.

ب كفاءة الإداريين: تعني القدرة على الإشراف والتدريب وحل المشاكل المرتبطة بالعمل.

ج كفاءة الكوادر المساعدة: وتعني القدرة على أداء العمل الفني بكفاءة وحسب الاختصاص. ويتراوح الاختلاف في المقدرة التقنية بين انحرافات بسيطة عن الإجراءات المطلوب إتباعها، إلى انعدام المقدرة التقنية مما قد يؤدي لحدوث أخطاء كبيرة قد تؤدي لتعريض حياة المرضى للخطر.

4 -استمرارية تقديم الخدمات Continuity :

هي إحدى ضروريات ضمان الجودة، وتعني ألا تتقطع الخدمات الصحية المقدمة، وكذلك تقديم الخدمة من قبل مقدم الخدمة ذاته خلال مدة الرعاية (كلما كان ذلك مناسباً) والإحالة الملائمة في الوقت المناسب والتواصل بين مقدمي الخدمة، وقد تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة حتى يتمكن المريض من مراجعة الطبيب ذاته دائماً، ويؤدي انقطاع الاستمرارية إلى تدني مستوى الجودة، مما قد يمنع تقديم الرعاية الصحية بشكلها الصحيح، أو أن تزيد تكاليف تقديم هذه الخدمات.

5 -السلامة العامة والسلامة الصحية Safety:

التقليل ما أمكن من خطر التعرض للإصابات الناتجة عن ممارسة المهنة الطبية أو الناتجة عن الوجود داخل المؤسسة الصحية، أو الأخطار المتعلقة بالخدمات الصحية لكل من مقدم الخدمة ومنتلقيها؛ فمثلاً في عملية نقل الدم، يجب توفر الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى التهاب الكبد أو فيروس الإيدز لكل من مقدم الخدمة الصحية ومنتلقيها.

6 -البنية التحتية الفيزيائية ووسائل الراحة Physical Infrastructure & Comfort:

وتعني الخدمات التي لا علاقة لها بالإجراءات الطبية، ولكنها تزيد من إقبال المرضى وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية؛ وتشمل المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ووسائل الراحة والخصوصية وبقية الجوانب الهامة للمستفيدين من الخدمات، وكذلك الشكل الخارجي للمبني

ووسائل الراحة والترفيه وضمان الخصوصية، وتوفر الوسائل الترفيهية للمراجعين مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض، والوسائل التعليمية، والكتب.

7- الوصول إلى الخدمات Accessibility:

تعني سهولة الوصول إلى الخدمات في المجال الصحي إلا أن خدمات الرعاية الصحية ليست مقيّدة بأيّة حواجز جغرافية أو اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو تنظيمية أو لغوية، أو إلى أي درجة تكون الخدمات غير محجوبة بتلك الحواجز، ويعتبر هذا البعد من أهم أبعاد الجودة، لأن صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن أن يمنع أحياناً الحصول على خدمات طبية أساسية مثل اللقاحات والتي تؤدي إلى حدوث مشاكل مرضية مستقبلاً مثل زيادة معدل المراضة والتي كان بالإمكان تفاديها، ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول إلى الخدمات مما يلي:

- الوصول الجغرافي: حيث تؤخذ الأمور التالية بعين الاعتبار: توفر وسائل المواصلات للوصول للخدمة، وبعد المسافة عن المرفق الصحي، والوقت اللازم للوصول إلى الخدمات الصحية والعوائق الطبيعية التي تحول دون وصول المريض لتلك الخدمة.
- الوصول الاجتماعي (الثقافي): يشير إلى قبول الخدمة الصحية المقدمة في إطار قيم المريض الثقافية ومعتقداته وتوجهاته، فعلى سبيل المثال، الفحوصات الدورية اللازمة حسب الفئات العمرية.
- الوصول المادي أو الاقتصادي: يشير إلى قدرة متلقي الخدمة على دفع قيمة الخدمة الصحية.
- الوصول اللغوي: يعني وجود التواصل اللغوي بين مقدم ومتلقي الخدمة لضمان معرفة حاجة المريض الفعلية وتقديمها له.

- الوصول المؤسسي أو التنظيمي: يعني مدى تنظيم الخدمات بطريقة تناسب المستفيدين منها، ويتضمن ذلك أموراً عدة مثل ساعات الدوام ونظام المواعيد وفترات الانتظار وطريقة تقديم الخدمة.

8 - العلاقة بين الأفراد Interpersonal relations:

يتعلق هذا البعد بالتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وبين أعضاء الفريق الصحي والإداريين فيها، ويعني وجود الثقة والاحترام والسرية واللباقة والتجارب والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمات والمستفيدين فيها، إذ تؤدي العلاقات الجيدة الثابتة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية، واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، وتتم هذه العلاقات من خلال الإصغاء الجيد والاحترام المتبادل والسرية التامة والمجاملة المقبولة.

9 -الملاءمة Appropriateness و الخيار Choice:

هي إتباع الإجراء الصحيح للحالة محل العمل، أما الخيار يعني إمكانية اختيار متلقي الخدمة لمقدم الخدمة والخطة أو العلاج عندما يكون ذلك ملائماً.

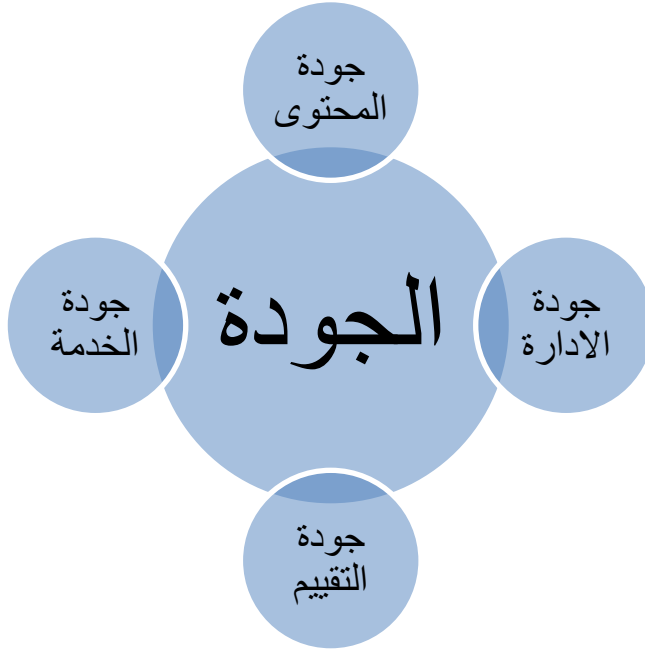
10 - التوقيت المناسب Timelines:

هو القيام بالأعمال المطلوبة في التوقيت المطلوب.

3.3.2. نموذج عملي لجودة الرعاية الصحية:

نظراً لأهمية تطبيق الجودة في الرعاية الصحية والمزايا التي ترافق تطبيقها في المنظمات الصحية كما سبق ذكره سيتم استعراض نموذج عملي لجودة الرعاية الصحية كما اقترحه Brent في كتابه إدارة الجودة في توصيل الخدمة الصحية (Brent 1989 pp.46-61)

تم تقسيم هذا النموذج في جودة الرعاية الصحية إلى أربعة أقسام متعلقة بالجودة موضحة بالشكل (1.2) وسيتم الحديث عن كل قسم منها بالتفصيل:



رسم توضيحي 1.2 نموذج جودة الرعاية الصحية

أولاً : جودة الإدارة:

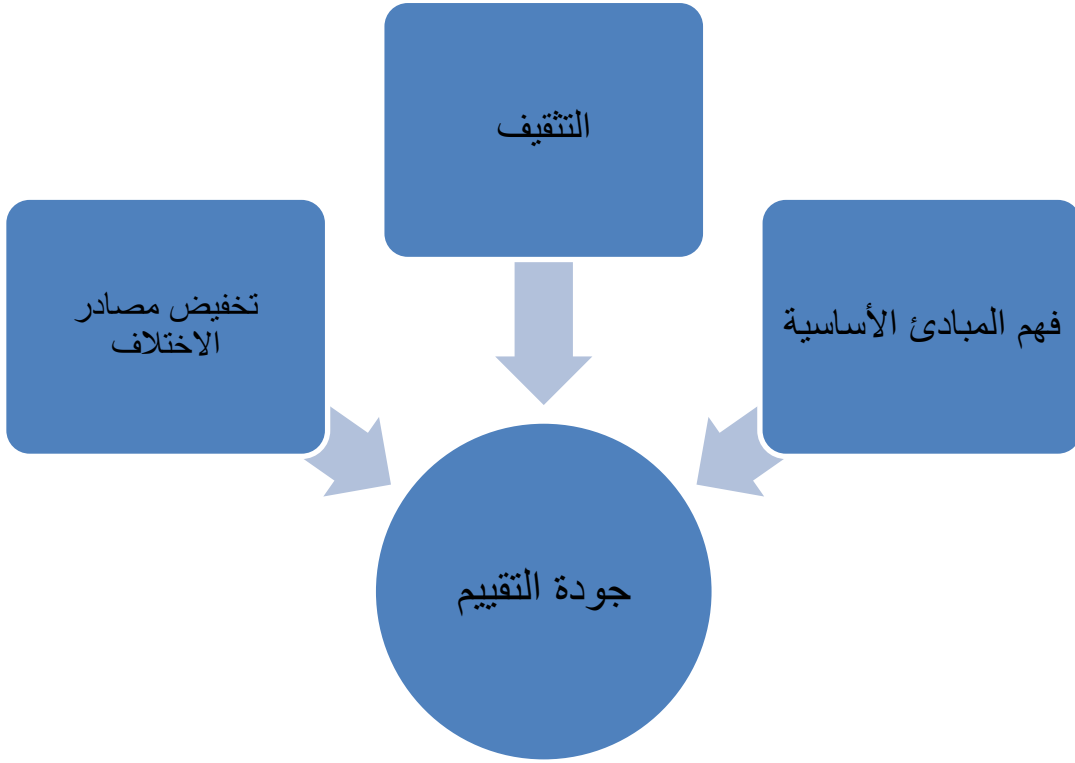
في الشكل رقم (2.2) نذكر العناصر التي يجب توافرها لتحقيق الجودة المتعلقة بالإدارة:



رسم توضيحي 2.2 عناصر جودة الإدارة

ثانياً: جودة التقييم:

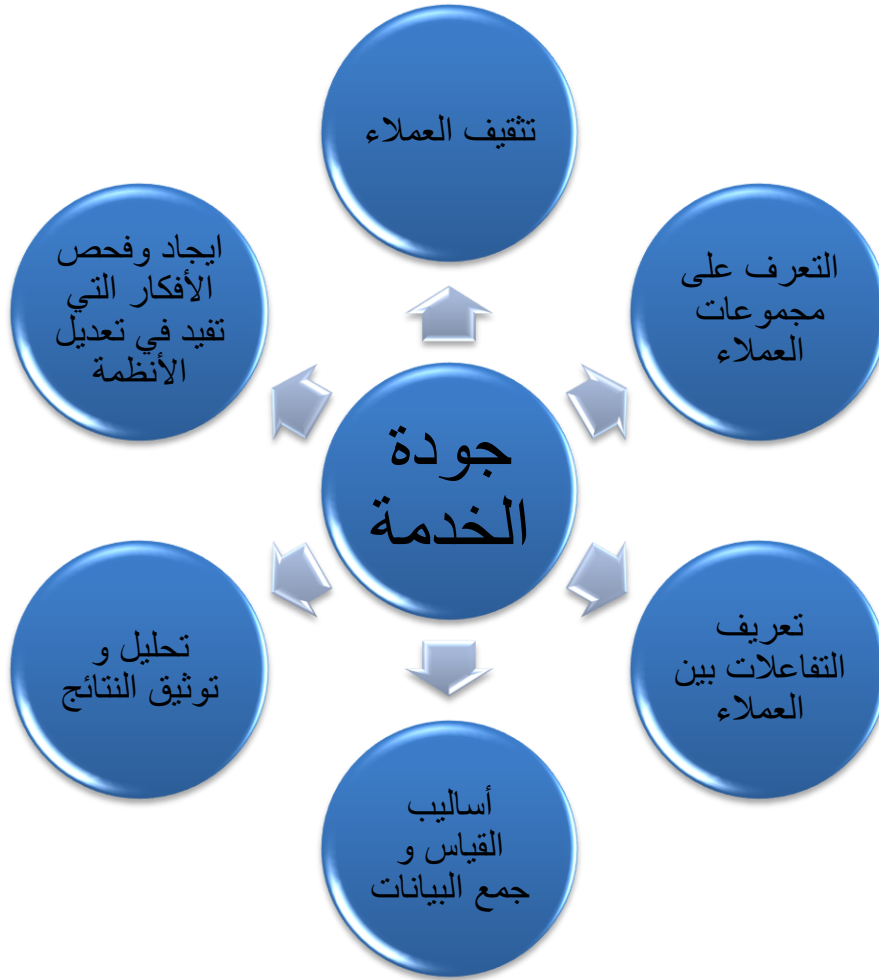
عناصر جودة التقييم موضحة بالشكل رقم (3.2):



رسم توضيحي 3.2 عناصر جودة التقييم

ثالثاً: جودة الخدمة:

العناصر المتعلقة بجودة الخدمة موضحة بالشكل رقم (4.2)



رسم توضيحي 4.2 عناصر جودة الخدمة

عناصر جودة الخدمة:

1 التعرف على مجموعات العملاء المتعاملين مع المستشفى

- المريض وعائلته
- الأطباء (أولي وثانوي)
- باقي أقسام المشفى

• الجهات الحكومية المسؤولة

• الممولون

2 تعريف التواصل والتفاعل ما بين العملاء فمثلاً

• الطبيب الثانوي يساعد الطبيب الأساسي

• أقسام المشفى تساعد الطبيب المسئول

• أقسام المشفى تخدم وتساعد بعضها

• الطبيب وأقسام المشفى تخدم المريض

3 أساليب القياس و عملية جمع البيانات : وخاصة حول الرضا من الرعاية التي تقدمها

بالمشفى

4 تحليل وتوثيق النتائج : وهذا يركز على الميل نحو التطوير المستمر لعملية التوثيق

5 تثقيف جميع العملاء

6 إيجاد وفحص الأفكار التي تفيد في تعديل الأنظمة

رابعاً: قيمة الرعاية (جودة المحتوى): عناصر جودة المحتوى موضحة بالشكل رقم (5.2):



رسم توضيحي 5.2 عناصر قيمة الرعاية (جودة المحتوى)

4.3.2- نظام الاعتماد في المنظمات الصحية وهيئات التمريض:

تعريف الاعتماد (Accreditation): الاعتماد هو العملية التي تقوم من خلالها المنظمة المانحة للاعتماد بتقييم المنظمة الصحية وتحدد فيما إذا كانت المنظمة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها وإن اعتماد المنظمة يمثل الدليل الملموس على أنها ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى. (نياز 2005 ص.285)

بما أن الاعتماد يتم عن طريق منظمات مانحة سنستعرض بعض المنظمات المانحة للاعتمادية

المنظمة الأولى: منظمة التمريض الأمريكية ANA www.nursingworld.org :

تقدم هذه المنظمة تعريف لمنظمات الرعاية الصحية التي تعرض رعاية تمريضية ممتازة و هذا البرنامج مبني على أساس مؤشرات جودة و معايير تمريضية كما هي معرفة في ANA كما أنها تقدم مؤشرات و أدوات قياس لتقييم جودة الرعاية التمريضية في الأقسام الحرجة و مؤشرات تتضمن معلومات تثقيفية -معدلات عدوى - رضا المريض - معالجة الألم.

المنظمة الثانية: الهيئة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية JCAHO www.Jcaho.org :

وتم إنشاء فرع لهذه الهيئة هدفه تحسين الرعاية المقدمة للمرضى في أنحاء العالم وتمت تسميته اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد JCIA .

يتم دمج النتائج و معايير الأداء في عملية الاعتماد: حيث أن المستشفيات التي تطلب الاعتماد و المنظمات الصحية يجب أن تعرف عن المعايير الصحية السريرية و بنسبة مئوية تقدم سنوياً.

المنظمة الثالثة: الهيئة الوطنية لضمان الجودة. NCQA. www.ncqa.org

و هي صاحبة نظام HEDIS (Health plan employer data and information set)

الذي من أهدافه: كفاءة الرعاية و فعاليتها - رضا المريض - توافر الخدمة و سهولة الوصول إليها - ثبات الخطة الصحية - استخدام و استعمال المعلومات الوصفية للخطة الصحية - الخدمات - التكاليف. (potter 2005 p.366)

ولعل من أشهر المنظمات المانحة للاعتمادية في المجال الصحي هي JCIA ولذلك سنستعرض البرنامج الكامل لهذه المنظمة كما ورد في دليل وزارة الصحة السعودية (نيار 2005 ص.ص 294-300).

حيث أن معايير اللجنة العالمية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية JCIA هي الأساس لبرنامج الاعتماد الذي تديره و التي تستند أساساً إلى مبادئ إدارة الجودة و تحسين الجودة المستمر و قد تم تصميم اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد كي تكون منظمة يعول عليها و ذات مصداقية وموضوعية و هناك عدد من المعايير تسمى المعايير الأساسية و هي معايير يجب على كل منظمة تطلب الاعتماد أن تفي بها مهما كان منظور الاعتماد الذي طلبته و قد روعي في تصميم عملية الاعتماد التوافق مع العوامل الثقافية و الدينية و الاجتماعية الخاصة بكل بلد على حدة، و هناك وحدة عموماً في المعايير الخاصة بسلامة المريض و رعايته، ولكن سوف يؤخذ بعين الاعتبار التعديلات الخاصة بالبلدان و الخاصة بالعوامل المذكورة سابقاً.

و يختلف فريق الخبراء المحلي و جدول المراجعة حسب حجم المنظمة و نوعية الخدمات المقدمة، مثلاً المنظمات الصحية التعليمية الكبيرة يمكن أن تحتاج إلى مراجعة مدتها أربعة أيام من قبل

طبيب و ممرضة و إداري، بينما المنظمات الصحية الصغيرة تحتاج إلى مراجعة يوميين أو ثلاثة من قبل عدد أقل من الخبراء.

1. كيف تم تنظيم المعايير؟

لقد تم تنظيم المعايير بحيث تشمل الوظائف الهامة العامة الموجودة في كل منظمة صحية و تعتقد اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد أن تنظيم المعايير وظيفياً يمكن المستفيدين منها من تحقيقها عالمياً، و قد تم تجميع المعايير في مجموعات لتغطي الوظائف الخاصة برعاية المريض، و الوظائف المرتبطة بإدارة العاملين، و التنظيم الفعال و تطبق هذه الوظائف في كل منظمة و في كل قسم أو وحدة أو خدمة في المنظمة و في عملية المراجعة يتم جمع المعلومات التي تثبت المطابقة مع المعايير من أماكن تقديم الرعاية و العمليات، و لكن يعتمد قرار الاعتماد على مستوى المطاوعة الكلي الموجودة في المنظمة، و قد تم تقسيمها إلى الجوانب الوظيفية التالية:

أ - المعايير التي تركز على المريض:

- تقييم استمرارية الرعاية.
- حقوق المريض و عائلته.
- تقييم المريض.
- رعاية المريض.
- تثقيف المريض و عائلته.

ب معايير إدارة منظمة الرعاية الصحية:

- إدارة الجودة و تحسين الجودة.
- "القيادة leadership" و "التوجيه direction" و "نظام الإدارة"

- إدارة المنظمة و السلامة.
- تأهيل الموارد البشرية و تدريب الموارد البشرية في المنظمة.
- إدارة المعلومات.
- الوقاية من العدوى و ضبط العدوى.

2. السياسات الرسمية للجنة المشتركة العالمية للاعتماد:

يجب على كل منظمة تطلب الاعتماد من اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد أن تتحقق فيها الشروط التالية لاستحقاق المراجعة:

- أن تكون هذه المنظمة عاملة وقت الطلب في مجال الرعاية الصحية في البلد و أن تكون مرخصة (إذا كان الترخيص مطلوباً في ذلك البلد).
- أن تكون المنظمة ملتزمة (أو ترغب بالالتزام) بتحسين نوعية الخدمات المقدمة من قبلها.
- أن تقدم المنظمة الخدمات التي تشملها معايير JCIA.

هدف التدقيق من أجل الاعتماد:

إن مراجعة الاعتماد (أو تدقيق الاعتماد) يتم لتقييم مدى مطابفة المنظمة للمعايير الموضوعية من خلال:

- المقابلات مع العاملين و المرضى و المعلومات التي تغطي شفهيّاً.
 - متابعة عمليات تقديم الخدمة من قبل المراجعين (المدققين).
 - الإجراءات و السياسات و الوثائق الأخرى التي تقدمها المنظمة.
 - نتائج التقييم الذاتي الذي تجريه المنظمة و التي ستكون جزءاً من عملية الاعتماد.
- إن عملية التدقيق في المكان و عملية التقييم الذاتي المستمرة تساعد المنظمة على تجديد المشكلات و تصحيحها و على تحسين نوعية الرعاية المقدمة للمرضى و الخدمات الأخرى التي تقدم لهم،

بالإضافة إلى تقييم المطاوعة مع المعايير و مع العبارات التنفيذية لها، يقوم المدققون بتدريب العاملين في المنظمة لدعم نشاطات تحسين الجودة فيها.

منظور مراجعات الاعتماد:

يتضمن منظور مراجعة الاعتماد الخاص باللجنة العالمية المشتركة كل المعايير المرتبطة بالوظائف التي تقوم بها المنظمة في كل مواقع لتقديم الخدمة للمرضى و يتم اختيار المعايير القابلة للتطبيق بالاعتماد على منظور الخدمات التي تقدمها المنظمة.

تأخذ المراجعة المحلية في اعتبارها أيضا العوامل الثقافية و القانونية التي تؤثر في قرارات مراجعة الرعاية و/أو سياسات و إجراءات المنظمة.

الخصيلة المتوقعة من مراجعة الاعتماد:

تتخذ اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد قراراتها بالاعتماد على موجودات المراجعة و يمكن للمنظمة أن تحصل على أحد القرارات التالية:

- منظمة معتمدة accredited: و هذا القرار يتخذ عندما تظهر المنظمة مطاوعة مقبولة مع المعايير الأساسية للجنة في كل الجوانب.
- غير معتمدة not accredited: و هذا القرار يعطى عندما تكون المنظمة غير مطاوعة باستمرار مع معايير اللجنة، أو عندما تسحب اللجنة اعتمادها لأسباب أخرى، أو عندما تتسحب المنظمة طوعاً من الاعتماد.

و يتم تبليغ قرار لجنة الاعتماد إلى المدير التنفيذي للمنظمة الوارد اسمه في طلب المراجعة.

منح الاعتماد:

لكي تمنح أي منظمة الاعتماد يجب أن تظهر مطاوعتها المقبولة مع كل المعايير الأساسية للجنة و أن تحقق الحد الأدنى من العلامات بالنسبة لهذه المعايير و بالإضافة إلى علامة هذه المعايير الأساسية هناك العلامة الكلية التي تأخذها المنظمة لمطاوعتها للمعايير الباقية.

تتلقى المنظمات المعتمدة تقرير الاعتماد النهائي و شهادة المنح اللذان يشيران إلى مستوى المطاوعة مع المعايير رقمياً و بيانياً.

مدة الاعتماد بعد المنح:

يعتبر منح الاعتماد سارياً لمدة ثلاث سنوات إلا إذا تمت الإشارة لغير ذلك من قبل اللجنة، يعتبر المنح سارياً في اليوم التالي بعد إكمال جولة المراجعة، أو بعد إتمام المراجعات الخاصة (النوعية) في حال الحاجة للمتابعة (أي في حال وجود ملاحظات تستوجب إجراء تدقيق إضافي تعتبر المنظمة معتمدة في اليوم التالي بعد أن تنتهي اللجنة جولة التدقيق الإضافي لتلك الملاحظات)، و في نهاية السنوات الثلاثة يجب أن يعاد تقييم المنظمة لكي يعاد منح الاعتماد.

و إذا ما حدثت تبدلات في بنية المنظمة أو خدماتها أو ملكيتها خلال فترة الاعتماد يجب أن يتم إبلاغ اللجنة، عندها تقرر اللجنة مدى الحاجة لإعادة التدقيق على المنظمة و اتخاذ قرار الاعتماد من جديد، و إذا حصلت اللجنة (خلال فترة الاعتماد) على معلومات تفيد بأن المنظمة غير مطاوعة للمعايير المقبولة، سوف تقرر اللجنة مدى الحاجة لإعادة التدقيق على المنظمة و/أو اتخاذ قرار جديد بالاعتماد.

دقة المعلومات و الثقة:

يجب على المنظمة أن تقدم معلومات موثوقة دقيقة في كل مراحل عملية الاعتماد، و إذا قدمت المنظمة معلومات غير صحيحة (عمداً أو عن غير عمد) سوف يتم إنهاء اعتمادها مباشرة، وسوف تفقد حقها في إعادة الاعتماد لسنة كاملة (في حال طلبت إعادة الاعتماد)، و يعتبر تزويراً كل تليفق جزئي أو كلي في المعلومات المقدمة من قبل المنظمة الجديدة أو المنظمة المعتمدة سابقاً من قبل اللجنة و يشمل التليفق كل تغيير في محتويات الوثائق سواءً من خلال إعادة الصياغة أو الحذف أو إعادة الكتابة.

كيف يتم طلب الاعتماد:

تبدأ عملية الاعتماد بتقديم طلب تدقيق من قبل المنظمة طالبة الاعتماد، و تتم في هذه الوثيقة كتابة المعلومات الضرورية حول المنظمة الصحية بما في ذلك ملكيتها و موقعها الجغرافي و نوعية الخدمات المقدمة و حجمها، و يتم في هذا الطلب ما يلي:

- وصف المنظمة طالبة الاعتماد.
- الطلب من المنظمة أن تقدم للجنة كل التقارير و السجلات الرسمية الخاصة بالترخيص و التي تطلبها عادة الحكومة أو المؤسسات التنظيمية الأخرى المعتمدة في البلد.
- تخويل المنظمة للجنة العالمية المشتركة للاعتماد بالحصول على أي سجلات و تقارير حول المنظمة و التي لا تملكها المنظمة (أي السجلات و التقارير الخاصة بالمنظمة و التي تملكها المنظمات الأخرى في البلد).
- عندما تنتهي المنظمة متطلبات طلب الاعتماد و تقبله اللجنة يتم تحديد أبعاد العلاقة بين المنظمة و اللجنة.

يجب على المنظمة أن تبلغ اللجنة بكل التغييرات التي حدثت في المعلومات التي قدمت في طلب التدقيق إذا حدث التغيير في الفترة بين تقديم الطلب و بين تنفيذ التدقيق.

تحديد موعد التدقيق و وضع الأجندة:

يتم تحديد التاريخ من قبل المنظمة و اللجنة معا (عادة خلال 90 يوماً بعد تلقي الطلب) و يتم تحضير جدول التدقيق بشكل مشترك بحيث يفي باحتياجات المنظمة و متطلبات و شروط المراجعة، و تخصص اللجنة لكل منظمة منسقاََ مختصاً بخدمة الاعتماد و يقوم بالتنسيق بين اللجنة و المنظمة كما ينسق خطة التدقيق و يكون موجودا عندما تحتاجه المنظمة ليجيب على أسئلتها حول سياسات أو إجراءات الاعتماد أو كل ما يخص موضوعات الاعتماد، كما يعمل مع المنظمة على تحضير جدول التدقيق بالاعتماد على حجم المنظمة و نوعها و مدى تعقيدها و يحدد في جدول المراجعة للمواقع التي يجب تدقيقها من المنظمة و نوع المقابلات التي ستجرى و الموظفين الذين ستنم مقابلتهم و الوثائق التي يجب أن تتوفر للمدققين، و يقوم بالتدقيق مدققون عالميون مؤهلون و تبذل اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد جهودها لتأمين مدققين يعرفون اللغة التي تستخدمها المنظمة و إذا لم يتوفر مدققون لديهم القدرات اللغوية المناسبة تعمل اللجنة مع المنظمة على تأمين مترجمين مؤهلين.

عملية التدقيق في المنظمة:

يزور المدققون المنظمة خلال موعد المتفق عليه و وفقا لجدول التدقيق المتفق عليه و يمكن للمدققين أن يطلبوا مقابلة أي عامل في المنظمة خلال التدقيق، و يمكنهم زيارة أي وحدة أو موضع في المنظمة و لو كان غير مذكور على الجدول، كما يمكنهم طلب أي معلومات إضافية، و على المنظمة أن تتعاون مع المدققين و أن تزودهم بالمعلومات الدقيقة حول المنظمة و حول مطاوعتها

للمعايير لأن التأخير في تقديم المعلومات المطلوبة سوف يعتبر عدم تعاون، و هذا قد يؤدي إلى إنهاء عملية الاعتماد.

و يجتمع المدققون مع المدير التنفيذي للمنظمة و القادة الآخرين فيها في نهاية التدقيق، و يقدم المدققون معلومات حول موجودات التدقيق و هذه المعلومات تعتبر أولية إلى أن تتم مراجعتها من قبل اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد.

تكلفة التدقيق للاعتماد:

تتحدد تكاليف المراجعة بالاعتماد على عدة عوامل، منها حجم المنظمة و نوعية الخدمات المقدمة فيها و عدد المدققين و طول مدة التدقيق و عدد المواضيع أو أماكن الرعاية التي تشملها جولة التدقيق و تحدد اللجنة مع المنظمة عدد المدققين و أيام التدقيق و تتضمن أيام المراجعة الوقت اللازم للمدققين لإعداد تقرير التدقيق و تعتبر المنظمة مسؤولة عن دفع التكاليف الخاصة بجولات التدقيق التالية في حال وجود ضرورة لتدقيق إضافي.

السرية:

إن سياسة السرية التي تنتهجها اللجنة تحظر عليها الإدلاء بالمعلومات التي تم جمعها مكن المنظمة خلال عملية التدقيق و المعلومات الوحيدة التي يمكن للجنة أن تضر حبتها هي:

- حالة الاعتماد الخاصة بالمنظمة (هل المنظمة معتمدة أم لا).
- علامة المنظمة عند اعتمادها و في هذه الحالة يمكنها أن تزود من يريد بالعلامة التي حصلت عليها المنظمة في كل مجموعة من المعايير.
- علامة المنظمة الكلية التي اعتمدت على أساسها.

و إذا رغبت المنظمة في استخدام الاعتماد عند الجهة الحكومية (إذا كانت الجهة الحكومية تطلب الاعتماد كشرط مثلا للترخيص) يمكن للجنة العالمية المشتركة للاعتماد أن تقدم معلومات إضافية و تصل هذه المعلومات إلى حد أنه يمكنها أن تقدم تقرير الاعتماد إلى المنظمة الحكومية المختصة بتصريح من المنظمة التي تم اعتمادها.

و يمكن للمنظمة المعتمدة أن تعطي معلومات تفصيلية أكثر إلى من ترغب قد تصل إلى حد إعطاء تقرير الاعتماد نفسه، ولكن، إذا صرحت المنظمة بمعلومات غير دقيقة (غير صحيحة) حول اعتمادها فللجنة الاعتماد العالمية المشتركة الحق في أن تصرح بالمعلومات التي تملكها حول ذلك و التي تعتبر في الحالات العادية معلومات سرية.

4.2. علاقة إدارة الجودة في الرعاية الصحية بالأداء:

1.4.2. الأداء الوظيفي مفهومه وطرق قياسه:

الأداء هو وسيلة تهدف إلى الوصول لتحقيق هدف ما. وعرف الأداء بأنه " ناتج جهد معين قام ببذله فرد أو مجموعة لإنجاز عمل معين " (بدوي، 1984، ص. 87) كما إن هناك مسميات ومصطلحات متعددة تستخدم للتعبير عن مفهوم الأداء كالإنتاجية والكفاءة في الأداء أو إنجاز المهام، كما يوصف الأداء بأنه الناتج الذي يحققه الموظف عند قيامه بأي عمل من الأعمال.

ولإحاطة أكبر بمفهوم الأداء يمكننا أن نعرض الأجزاء المكونة له فيما يلي:

- 1- المعرفة بمتطلبات الوظيفة : وهي معارف عامة ومهارات وكذلك خبرات يفترض توافرها.
- 2- نوعية العمل :بتحديد ماهيته وصفته سواء كان مكتبي أو فني.
- 3- كمية العمل :أي كمية العمل المراد إنجازها في الظروف العادية.
- 4- المتأثر ة :وتتحقق من خلال الدافع للعمل ودرجاته ، الذي هو نتيجة تفاعل ثلاثة عوامل هي :
الظروف الجسمية والصحية والظروف المحيطة. حيث توجد علاقة إيجابية بين المتغيرات الثلاثة - والمؤثرة على الدوافع- وبين الأداء حيث أثبتت الدراسات الحديثة مدى صحة هذه العلاقة.(آل شيخ، 1994، ص. 21)

والأداء الوظيفي كما يقصده الباحث في هذا البحث هو جهد الموظف في العمل .وعند النظر في

لائحة تقارير الكفاية بالمملكة العربية السعودية نجد أن الأداء الوظيفي ينقسم إلى قسمين:

الأول :عام حيث يشمل مستوى الجهد في العمل ، ونوعية إنجاز العمل وفهم أهداف الجهاز الذي يعمل به الموظف المراد تقييمه.

الثاني : خاص بما يتطلبه هذا المستوى الإداري من مهارات كالقدرة على التخطيط والتنفيذ والإشراف واتخاذ القرار (اليوسف، 1982، ص. 136).

لقد كان الأداء الوظيفي – وما زال - مدار جدل كبير في الأوساط الإدارية وذلك لما يمثله الأداء الوظيفي من أهمية كبيرة للعمليات الإنتاجية كما أنه يمثل أهمية خاصة لبرامج تطبيق الجودة الشاملة ، وقد شهدت حقبة الثمانينات بحثاً متصلاً عن حلول للمشكلات المتعلقة بالأداء الوظيفي وقد فاضت الدوريات مثل : بيزنس ويك ، بتقارير عن منظمات تبحث عن قيادات جديدة ، وإعادة تصميم هيكلها التنظيمية ومحاولتها إشراك العاملين في وضع السياسات بصورة أكبر واستحداث نظام حلقات الجودة وابتداع حوافز جديدة للجهود الفردية والجماعية الملموسة، ومئات الأساليب التي تركز على تحقيق غاية واحدة هي تحسين الأداء والذي يوصف بأنه " الناتج الذي يحققه الموظف عند قيامه بأي عمل من الأعمال " (هاينز، 1989، ص. 271).

والأداء ما هو إلا "قدرة الإدارة على تحويل المدخلات الخاصة بالتنظيم إلى عدد من المخرجات بمواصفات محددة وبأقل تكلفة ممكنة" (محمود، 1985، ص. 15). و قد وضع (بروترولر) نموذجاً نظرياً يقوم على مجموعة فروض حول محددات الأداء الوظيفي تتكون من ثلاثة عوامل رئيسية هي:

- 1 - الجهد المبذول والذي يعكس درجة حماس الفرد لأداء العمل ودرجة دافعيته.
- 2 - قدرات الفرد وخبراته السابقة التي تحدد درجة فعالية الجهد المبذول ويشمل ذلك التعليم والتدريب والخبرات.
- 3 - إدراك الفرد لدوره الوظيفي ويشمل تصوراتهِ وانطباعاتهِ عن السلوك والأنشطة التي يتكون منها وعن الكيفية التي يمارس بها عمله في التنظيم.

وهذه الفروض الثلاثة تنطوي في معطياتها على القصور الداخلي للفرد وقدرته على إنجاز عمله بكفاءة وفعالية وما يتطلعون إلى تحقيقه من خلال أدائهم لهذا العمل والأفراد يميلون إلى وضع مستوى معين من الأداء يطمحون في الوصول إليه اعتماداً على خبراتهم وإنجازاتهم السابقة فإذا حققوا مستوى الطموحات أو فاقوها شعروا بالنجاح والسرور والرضا أما إذا فشل مستوى أدائهم عن تحقيق الطموحات المأمولة فالنتيجة هي الشعور بالفشل ، وتعد تجربة النجاح والفشل ذات تأثير كبير في المستوى الجديد من الطموح فالنجاح يؤدي إلى مستوى أعلى من الأداء والرضا الوظيفي والفشل يؤدي إلى مستوى أقل من الأداء وعدم رضا العاملين (الدلنجي، 1997، ص. 55) وهذا يؤدي إلى القول بأن الطموحات المستقبلية لها دور كبير ومؤثر في تحديد مستوى الأداء الوظيفي وتنميته ، ذلك إن أداء الفرد لعمله تسبقه عملية مفاضلة بين عدة بدائل، وهذه المفاضلة تتم على أساس قيمة العوائد المتوقع الحصول عليها من أداء هذا العمل ودرجة هذا التوقع لدى الشخص لذا فإن هذه المفاضلة تختلف من شخص لآخر ومن منظمة إلى أخرى . (العديلي، 1986، ص. 58). والتباين في الأداء في الأصل ناتج عن متغيرات عديدة منها الفسيولوجية والمادية والتنظيمية والاجتماعية والبيئية والتقنية ، وهو تفاعل لسلوك الموظف وأن ذلك السلوك يتحدد بتفاعل جهده وقدراته ، ويعتمد أغلب المديرين إلى التأثير على السلوك والأداء من خلال التوجيه والإرشاد وثمة مجموعة أخرى من المحركات تتبع إتمام العمل ولها أثر رجعي على الجهود والسلوك والأداء اللاحق . ففي ظروف مماثلة، نرى أن جهد الفرد وسلوكه وأدائه يحدث استجابة لمؤثرات بيئية وجوانب شخصية ودوافع وقدرات وإدراك وتعليم. لازمة جميعاً لحدوث الفعل ، وأنها عوامل ترتبط بعضها ببعض ارتباطاً وثيقاً وتؤثر على السلوك والأداء وقد حدد هنت (Hent) عدد من التأثيرات الأساسية للدوافع ويمكن إيجاز هذه التأثيرات في أربعة أدوار رئيسية تلعبها الدوافع وهي : إثارة سلسلة من الأفعال واستمرارها وإيقافها، وتقويم الأحداث البيئية من زاوية أهداف الفرد الخاصة، وتحديد الاختيار والمسار الذي يأخذه السلوك ، والتعليم.

أهمية عناصر الأداء:

هناك عدة عناصر للأداء (عبد الله، 1997، ص. 18) يمكن حصرها فيما يلي:

- 1- المعرفة بمتطلبات العمل : ويشمل المعارف العامة ، والمهارات الفنية والمهنية، وما يمتلكه الفرد من خبرات عن العمل.
- 2- خوعية العمل : وتتمثل في مدى ما يدركه الفرد عن عمله الذي يقوم به، وما يمتلكه من رغبة ومهارات فنية وبراعة وقدرة على التنظيم وتنفيذ العمل دون الوقوع في الأخطاء.
- 3- كمية العمل المنجز : أي مقدار العمل الذي يستطيع الموظف إنجازه في الظروف العادية للعمل، ومقدار سرعة هذا الإنجاز.
- 4- المثابرة والثوق : وتشمل الجدية والتفاني في العمل وقدرة هذا الموظف على تحمل مسؤولية العمل وإنجاز الأعمال في أوقاتها المحددة، ومدى حاجة هذا الموظف للإرشاد والتوجيه من قبل المشرفين، وتقييم نتائج عمله.

مفهوم قياس الأداء:

إن الأداء الوظيفي شأنه شأن أي مهارات إدارية أخرى ، كما أنه مثل العمليات الإدراكية التي يمكن قياسها مثل الذكاء ، والذي يمكن قياسه بعدة اختبارات والأداء الوظيفي هو الأحوج لعمليات القياس حتى يمكن التعرف على نقاط القوة فيه وتمييزها وكذلك على نقاط الضعف ومحاولة تطويرها أو تلافيها ، وقياس الأداء هو عملية إدارية يتم من خلالها تحديد كفاءة العاملين ومدى إسهامهم في إنجاز الأعمال المناطة بهم ، وكذلك الحكم على سلوك العامل أو الموظف وتصرفاته أثناء العمل ويطلق على هذه العملية في بعض الأحيان (تقويم الأداء) أو (تقييم الأداء) أي تقويم الأشخاص العاملين في المنظمة على أساس الأعمال التي أتمها كل واحد منهم خلال فترة زمنية معينة غالباً ما تكون سنة

وتصرفات العامل أو الموظف مع من يعملون من رؤساء ومرؤوسين وزملاء) البرعي، 1997،
ص. 48)

طرق وأساليب قياس الأداء:

إن قياس أداء العاملين في المنظمات كان محط اهتمام علماء النفس التطبيقيين منذ ستين عاماً وقد أبرزت الاهتمامات الحديثة بانخفاض الإنتاجية في المنظمات وارتفاع معدلات التضخم أهمية قياس الأداء وأساليب قياسه ، إذ يمكن استخدام قياس الأداء في بيئة العمل لأغراض إدارية أو لأغراض التوجيه والإرشاد أو لأغراض البحث العلمي. (جي لاند، آل فار، 1987، ص. 13).

وفي هذا الإطار اهتمت المملكة العربية السعودية بتقويم أداء الموظفين في الأجهزة الحكومية فقد أكدت المادة 1/36 من لائحة تقويم الأداء الوظيفي التي أصدرها الديوان العام للخدمة المدنية بالمملكة العربية السعودية في 1404 هـ على أنه لا يصح أن تقتصر نظرنا لأداء الموظف على مجرد أدائه للعمل المختص له في المكتب ولهذا يجب عند الحكم على أداء الموظف أن يؤخذ في الاعتبار العناصر التي تحددها اللائحة الصادرة في 1/7 /1404 هـ (العديلي، 1416هـ، ص. 524)

والمتمثلة فيما يلي:

- 1 مستوى الأداء.
- 2 إمكانية تحمل مسؤوليات أعلى.
- 3 الحرص على أمور السلامة والوقاية في العمل.
- 4 المحافظة على أوقات الدوام.
- 5 المعرفة التقنية ومستوى الخبرة.

- 6 -المهارة في التخطيط.
- 7 -المهارة في الإشراف.
- 8 -المهارة في اتخاذ القرار.
- 9 -المهارة في التنفيذ.
- 10 -المعرفة بنظم وإجراءات العمل.
- 11 -درجة الاعتماد على الموظف.
- 12 -القدرة على تطوير أساليب العمل.
- 13 -أسلوب عرض الآراء واتخاذ المواقف.
- 14 -تقبل التوجيه.
- 15 -السلوك العام.

طرق قياس الأداء:

نظرًا للأهمية القصوى لعملية أداء قياس الأداء سواء بالنسبة لعلماء النفس والإداريين على حد سواء نجد أن هناك اتجاهين لتقويم أداء العاملين (ماريون، 1984، ص. 168) يستخدم كل منها لقياس عوامل مختلفة. ويختص أحد هذين الاتجاهين بالصفات ، والسمات، والسلوكيات المطلوبة لأداء العمل مع تقرير معدل العامل بالمقارنة مع مقياس وتخصص لهذه الخصائص . وتستخدم النماذج التي تستعمل في أسلوب التقرير قائمة بالعناصر التي يجب تقويمها مع التعريف الملائم لها، وقد يتضمن ذلك عناصر مثل نوعية العمل، حجمه، مهارات الاتصالات، ومهارات التعامل مع الآخرين، واتخاذ القرارات ولكل عنصر من العناصر مقياس من أدنى إلى أعلى درجة بحيث تسجل

تقويم أداء العامل فيما يختص بهذا العنصر . وقد يتضمن هذا المقياس أرقامًا وكلمات أو جملاً وصفية قصيرة.

أما الاتجاه الثاني فهو أسلوب الأهداف والذي يركز على تخطيط الأداء حيث يضع المشرف والعاملون معًا الأهداف التي يجب تحقيقها وبعد ذلك نقارن مع ما تم تحقيقه منها أي مع النتائج . وتكون النماذج التي تستخدم في هذا الأسلوب غالبًا بسيطة للغاية حيث تشمل عامود يبين الأولويات في هذه الأهداف وعامود آخر لتسجيل النتائج التي حققت بالمقارنة مع كل هدف حدد وفي معظم الأحيان توجد خلاصة تقويم في شكل جمل قصيرة مثل (تفوق التوقعات) (وإنجاز كافة التوقعات) (إنجاز معظم التوقعات) (وفشل في إنجاز التوقعات).

ويعاب على الاتجاه الأول والذي يستخدم أسلوب التقرير فقط لقياس الأداء أنه لا يركز بالقدر الكافي على النتائج في حين أن الاتجاه الثاني والذي يستخدم أسلوب الأهداف ينقصه التحليل الكافي للأداء . لذلك يجد معظم المشرفين أنه من الأفضل استخدام مزيج من الأسلوبين معاً ومن جهتي أعتقد أنه بالإمكان استخدام طريقة قياس تعتمد على النقاط الإيجابية في الاتجاهين السابقين بحيث يكمل كل منهما الآخر بحيث يمكن استخدام أسلوب التقرير والأهداف معاً عن طريق استخدام قائمة بالعناصر المراد تقويمها مع استخدام طرق الأعمدة التي تبين الأولويات من الأهداف والنتائج.

وفي المجال الصحي تحديداً قامت الحكومة الفيدرالية الأمريكية عام 1972م بتأسيس ما يطلق عليه " منظمات مراجعة المعايير المهنية " ، وذلك لتقويم الخدمات الصحية المقدمة من قبل المنشآت الصحية وتحديد علاقة الفعالية بالتكاليف ومدى كفاءة تلك المنظمات الصحية كما أن إنشاءها كان نتيجة رد فعل لعدم نجاح نشاطات مراجعة استغلال الموارد وخفض التكلفة ،ومن خلال ذلك تم تطوير ثلاثة أساليب للتقويم هي (بن سعيد 1997.ص.75):

- 1 أسلوب تقويم الرعاية الطبية : يتم تطبيق هذا الأسلوب على الدراسات التي استخدمت معايير صريحة لتقديم العمليات والنشاطات الداخلية أو النتائج النهائية لفئات معينة من المرضى . وهذا الأسلوب يشابه طريقة التدقيق الطبي المطور من قبل الهيئة المشتركة.
- 2 أسلوب مراجعة الاستخدام الأمثل : تم استخدام السجلات الطبية للمرضى المنومين من أجل تقويم ومراجعة استخدام موارد المستشفى ، ومن خلال هذا الأسلوب فقد تم استخدام معايير وصفية صحيحة لمعرفة ما إذا كان قرار تنويم المريض قرارًا صائبًا ، وهل مدة الإقامة مناسبة وضرورية من الناحية الإكلينيكية.
- 3 أسلوب التحليل الزمني : يساعد هذا الأسلوب في التحليل على تحديد مدة الإقامة وتقليلها ، ومعرفة الإجراءات الجراحية المثلى وفي منتصف الثمانينات 1984 م تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الإجازة الاعتيادية ، لتطوير الجودة وملائمة أساليب تقديم ومراقبة الرعاية الصحية وفي عام 1988 م ، قامت الهيئة الأمريكية المشتركة بتحديد ووصف المؤشرات التي سوف تخضع للمتابعة والتقويم وفي عام 1989 م، نشرت الهيئة المشتركة السمات المطلوبة في نشاطات إدارة المخاطرة في العدد الذي صدر عام 1989 م في " دليل اعتماد المستشفيات " ملحق (2)

2.4.2- الأداء الوظيفي في المجال الصحي:

تم التعرف على مفهوم الأداء الوظيفي على أنه "ناتج جهد معين قام ببذله فرد أو مجموعة لإنجاز عمل معين" (بدوي، 1984، ص.87) إذاً هو عبارة عن جهد معين له نتائج معينة وفي المجال الصحي هو عبارة عن تقديم خدمة صحية لها نتائج تظهر على المؤسسة الصحية أو المريض.

النتائج وأنواعها:

النتائج في المجال الصحي هي عبارة عن "حصيلة الرعاية المقدمة" (potter 2005 p.382)،
وتحليل هذه النتائج هو مفتاح تحسين الجودة" (Moorhead 2004 p.161) وعن طريق هذه النتائج
نستطيع الإجابة عما يلي:

1 هل التدخلات التي أجريت كانت فعالة

2 هل حصل تقدم في حالة المريض

3 ما هي درجة تطبيق المعايير والالتزام بها

4 هل هناك ضرورة للتغيير

وعندما يتم التفكير في النتائج يصبح العمل هادفاً ومتجهاً نحو تحسين الحالة الصحية للمريض.

هناك نوعان من النتائج الطبية يجب أن يتم التفريق بينهما (potter 2005 p.382):

1 النتائج المتعلقة بالمريض: وهي التي تكون عن طريق تقييم حالة المريض بعد تلقيه للخدمة

2 النتائج المهنية: وهي عبارة عن قياس أداء مقدمي الخدمة الصحية، المعايير المهنية

للعناية، السياسات التنظيمية، الوصف الوظيفي، كيفية تقديم الرعاية، مسؤوليات التمريض في

تقديم الخدمة.

ونلاحظ مما سبق أن النتائج ترتبط بشكل وثيق بما يسمى المعايير التي هي "عبارات تستخدم في

المهنة لوصف المسؤوليات التي يحاسب عنها مقدموا الخدمة" (peters 1995 p.61)

تم تصنيف المعايير إلى نوعين (potter 2005 p.382):

- المعايير المهنية: والتي تتضمن السياسات والوصف الوظيفي فعندما يتم انجاز أي عملية في أي قسم بشكل جيد فإن الموظفين يستطيعون إدراك معايير الجودة بكل مظاهرها وأن الالتزام بالمعايير المهنية يقاس من خلال نتائج العمل.
- إرشادات الرعاية: هي عبارات قابلة للتطور تساعد في التعرف على كيفية منع، تشخيص ومعالجة الأمراض والاضطرابات الصحية الأخرى بشكل مناسب وفعال وهي تتضمن خطة الرعاية، الإجراءات و البروتوكولات، فبالنسبة للإجراءات فإنها تكتب بدقة وبخطوات متسلسلة حول كيفية تنفيذ العمل أما البروتوكولات فيتم وضع النقاط الصحية ليتم استخدامها في حل ومعالجة ظروف محددة ومعينة.

وحتى يتم الالتزام بالمعايير يجب أن تتحلى بالصفات التالية (نياز 2005 ص 125):

1. المصادقية Validity: (يقيس ما يجب أن يقاس) وتعني وجود علاقة قوية بين المعيار والنتيجة المنتظرة.
2. الموثوقية Reliability: (يمكن الاعتماد عليها) حيث تعطي النتائج نفسها دائماً.
3. الواقعية Realistic: يمكن تطبيقها في ظل الموارد المتاحة.
4. الوضوح Clarity: أن تصاغ المعايير بعبارات واضحة، غير قابلة للتأويل.
5. العصرية (الحداثة) Current: تواكب التطورات الحديثة.
6. قابلة للتطبيق applicability: يمكن تنفيذها في ظل الإمكانيات المتوفرة.
7. قابلة للقياس Measurable: وذلك بوسائل القياس الكمية أو النوعية.

وللتوضيح بشكل آخر نذكر أن الجودة في مجال التمريض والخدمات التمريضية هي من مسئولية مدير التمريض و موظفيه فكل ممرض يجب أن يتعلم كيف يقيم نجاحه في عملية تقديم الخدمة الصحية والمناسبة للمريض فنتائج عملية تقديم الرعاية الصحية هي معايير الأداء داخل الفريق الصحي كاملاً وقبل أن يقوم مدير التمريض بقياس مدى الانحراف في تقديم الخدمة التمريضية يجب بداية أن يعرف معايير وإرشادات جودة العمل أي بكلمة أخرى: للحكم على مريض قام بعمل جراحي وبحاجة إلى إعادة تأهيل العضو المصاب وتأخر تنفيذ هذه العملية فمن واجب مدير التمريض ومنذ البداية أن يضع وقتاً تبدأ به عملية إعادة التأهيل كأن نقول: تبدأ عملي إعادة التأهيل بعد العمل الجراحي بيومين.

وبما أن جودة الرعاية الصحية و التمريضية هي عملية مستمرة وتشمل كل الفريق الصحي فهي تبدأ من مستوى الإدارة العليا وحتى العاملين في الأقسام وعملية التوجيه نحو المعايير المهنية وإرشادات تقديم الرعاية هي الأسس التي تضمن بها المنظمة الصحية تقديم نتائج ممتازة جداً للمريض. (potter 2005 p.382)

3.4.2 -برنامج تحسين الأداء و الجودة الصحية:

برنامج تحسين الجودة والأداء المنظم جيداً يركز على العمليات التي تساهم في صنع النتائج ولكي يتم التنفيذ بشكل ممنهج يجب على الجميع التكلم بنفس اللغة والتفكير بنفس الطريقة وعلى هذا الأساس قامت الهيئة المشتركة للاعتماد بوضع معايير لتحسين أداء المنظمة (JCAHO 2002):

1 المدراء و القياديون مسئولون عن وضع الخطط والطرق المنظمة والممنهجة لتصميم

العمليات وقياس الأداء والتحليل والتحسين.

2 يجب تصميم العمليات الجديدة أو المعدلة بشكل جيد.

3 يتم تجميع المعلومات والبيانات من أجل مراقبة ثبات واستقرار العمليات الموجودة ، التعرف على فرص التحسين، التعرف على التغييرات التي من الممكن أن تؤدي إلى التحسين والمحافظة على التحسين.

4 تجميع وتنظيم المعلومات وتحليلها بشكل مستمر .

5 الوصول إلى تحسين الأداء والمحافظة عليه.

مكونات برنامج تحسين الأداء:(potter 2005 pp.383-385):

1 -المسئولية عن برنامج تحسين الجودة (القيادة والتخطيط هما أساس تحسين الجودة)

2 -التركيز على الخدمة

3 تطوير مؤشرات الجودة : "المؤشر الصحي هو مقياس غير مباشر عن مستوى صحة

المجتمع" (نياز 2005 ص 126)

4 جناء عتبات التقييم: العتبة هي "عبارة تصف المستوى الأدنى أو الأعلى أو الاثنين معاً

لقبول أداء معين والتي يعتبر تجاوزها بمثابة جرس إنذار"(نياز 2005 ص 127)

5 جمع وتحليل البيانات

6 تقييم الرعاية

7 الدقة في تحديد المشاكل

8 تقييم عملية التحسين

9 تعميم النتائج

وخلاصة لما سبق فإن برنامج تحسين الأداء يفيد المريض والموظفين والمؤسسة، فبالتركيز على

النتائج المهنية ونتائج المريض تقود أنشطة وفعاليات تحسين الجودة لاختيار التدخلات التي تؤدي

لتحسين رعاية المريض، وبالنسبة للموظفين فإنهم يتعلمون من تطبيقهم العملي، يتعرفون على الفرص لتغيير الأفعال والحصول على معدل رضا كبير من تحسين نتائج المريض، أما فوائد المنظمة من البرنامج فإن عمليات التحسين والارتقاء بمستوى الرعاية المقدمة يقلل الاستخدام الزائد أو غير الضروري للموارد ويحسن رضا المريض (potter 2005 p.385).

الفصل الثالث

الإطار العملي للدراسة

الإطار العملي للدراسة

1.3. لمحة تعريفية عن مستشفى الملك فهد بمحافظة الأحساء

تم إنشاء مستشفى الملك فهد بالهفوف عام 1976 من قبل شركة هولزمان الألمانية مع مجموعة المستشفيات الخمس في المملكة (الخبر-الأحساء-جدة-جازان-المدينة المنورة) وتم افتتاح مستشفى الملك فهد بالهفوف في محافظة الأحساء عام 1979 بسعة تتجاوز الخمسمائة سرير و هو مكون من قيو ودور أرضي و خمسة أدوار علوية تتوزع عليها أقسام المستشفى المختلفة.

يعتبر مستشفى الملك فهد مستشفى تحويلي يقدم الخدمة لأكثر من مليون ونصف نسمة و يرتبط به أكثر من خمسين مركز صحي وأكثر من ثلاث مستشفيات ويتبع إدارياً إلى مديرية الشؤون الصحية بمحافظة الأحساء و تم الاعتراف بمستشفى الملك فهد كمركز تدريبي للأطباء المقيمين والمسجلين في برنامج البورد العربي في التخصصات الطبية الأساسية وبدأ التطبيق بتنفيذ برنامج البورد العربي في عام 1990 وتعتبر الهيئة السعودية للتخصصات الصحية هي جهة الإشراف والمسئولة عن تنفيذ البرامج والتقييم السنوي للاعتراف وذلك من خلال اللجان المعتمدة .

أهداف مشروع المستشفيات الخمس:

1 إنشاء مستشفيات عامة تقدم فيها الرعاية الصحية بأعلى المستويات وفي مختلف المجالات

العلاجية والوقائية و التأهيلية و الإسعافية والاجتماعية.

2 ربط الخدمات الصحية في كل منطقة بنظام هرمي.

3 ربط خدمات وزارة الصحة بالتدريب للعاملين خلال العمل ولتدريب طلاب كليات العلوم

الصحية بمختلف تخصصاتها.

4 إيجاد المستشفيات العامة في المناطق الحساسة في المملكة.

الأقسام التابعة للمستشفى:

القبو ويشمل:

1 قسم العلاج الطبيعي

2 وحدات التعقيم المركزي والمغسلة

3 المطبخ وصالة الطعام

4 المخازن المركزية

الدور الأرضي ويشمل :

1 الاستعلامات والاستقبال

2 عيادات خارجية عامة و تخصصية

3 قسم التشخيص والعلاج بالأشعة

4 قسم الإسعاف ويشمل إسعاف الباطنية والجراحة

5 قسم العمليات الجراحية ويشمل 8 غرف عمليات إضافة إلى العمليات الصغرى الموجودة

في قسم الإسعاف والعيادات الخارجية.

6 المعامل والمختبرات المركزية

7 الصيدلية المركزية

8 الأقسام الإدارية والتي تشمل شئون الموظفين، المحاسبة، السجلات الطبية والاستعلامات،

الإحصاء، المتابعة والتقارير الطبية.

الأدوار الخمسة العلوية وهي التي تحتوي أقسام تنويم المرضى وهي:

1 العناية المركزة

2 الجراحة العامة و التخصصية

3 أقسام الباطنية العامة والتخصصية

المراكز التابعة للمستشفى:

1 مركز الجبر لعلاج للكلية

2 مساكن الموظفين وتضم 40 فيلا و 296 شقة ومراكز ترفيهية وقاعات للمحاضرات.

3 مبنى التشريح وثلاجات حفظ الموتى

الأدلة والبرامج واللجان:

أ - الأدلة:

1- دليل سياسات وإجراءات العمل

2- لائحة الوصف الوظيفي

3- دليل الموظف

4- دليل المستشفى

ب البرامج:

1- برنامج الجودة النوعية

2- برنامج مكافحة العدوى

3- برنامج التعليم المستمر

ج اللجان:

1- لجنة الجودة النوعية

2- لجنة مراقبة الدواء

3- لجنة التعليم المستمر

4- اللجنة العلمية الطبية

5- لجنة مكافحة العدوى

5 لجنة مراجعة الوفيات

2.3. التحليل الوصفي للبيانات:

1.2.3. البيانات الأولية لمفردات الدراسة:

يبين الجدول رقم (1.3) التوزيع التكراري والنسبي للمتغيرات الشخصية لمفردات الدراسة، حيث تبين من بيانات الجدول أن غالبية المجيبين من الذكور (3. 55%)، وكانت النسبة العظمى (80.1%) من المجيبين قد وقعت أعمارهم بين 20 و 40 سنة. وتوضح بيانات الجدول كذلك أن غير السعوديين من مفردات الدراسة يمثلون أكثر من 57.6% أما مستوى التأهيل العلمي فيبين الجدول أن أكثر من 52% من مفردات الدراسة حاصلون على شهادة البكالوريوس أو أعلى، بينما 34.4% حاصلون على درجة الدبلوم، أما بقية مفردات الدراسة فقد تراوحت مؤهلاتهم العلمية بين الثانوية العامة والابتدائية.

وقد شغل مفردات الدراسة وظائف مختلفة حيث كان 45% منهم يعملون ضمن جهاز التمريض، و 23% ضمن الجهاز الإداري، بينما 17.3% من الفنيين و 2.6% من الأطباء، و البقية من مفردات الدراسة (11% تقريباً) قد شغلت وظائف أخرى.

كما يوضح الجدول أن غالبية مفردات الدراسة (62% تقريباً) سبق أن عملت في مستشفيات أخرى قبل العمل بمستشفى الملك فهد . وكان أكثر من نصف مفردات الدراسة (51%) لهم من الخبرة في مستشفى الملك فهد مدة تراوحت بين 5 و 15 سنة، إلا أن هناك ما يقارب 45% من مفردات الدراسة قد عملت في المستشفى مدة خمس سنوات أو أقل، وفي المقابل كانت نسبة من عمل أكثر من 15 سنة في مستشفى الملك فهد من مفردات الدراسة قد بلغت 4.2% و فيما يتعلق بخبرات مفردات الدراسة في العمل السابق لعملهم في مستشفى الملك فهد فتبين بيانات الجدول أن 48% لهم من سنوات الخبرة ما بين خمس إلى 15 سنة، بينما كان هناك ما يقارب 40% من مفردات الدراسة قد

عملت في العمل السابق مدة خمس سنوات أو أقل، وفي المقابل كانت نسبة من عمل أكثر من 15 سنة في العمل السابق من مفردات الدراسة قد بلغت 12 % تقريباً.

جدول رقم (1.3)

التوزيع التكراري والنسبي للبيانات الأولية للمجيبين

النسبة	التكرار	البيانات الأولية
(1) الجنس:		
%55.3	152	1 - ذكر.
%44.7	123	2 - أنثى.
(2) العمر:		
%35.8	98	1- من 20 - 30 سنة.
%44.3	122	2 - من 31 - 40 سنة.
%17.3	49	3 - من 41 - 50 سنة.
%2.6	9	4 - من 51 - 60 سنة.
(3) الحالة الاجتماعية:		
%33.7	94	1- أعزب.
%63	174	2- متزوج.
%3.3	10	3- مطلق.
—	—	4- أرمل.
(4) الجنسية:		
%42.4	118	1 - سعودي.

57.6%	160	2-غير سعودي
5) المؤهل العلمي:		
0.7%	2	1-ابتدائي:
2.5%	8	2-متوسط.
10.1%	28	3-ثانوي.
34.4%	95	4-دبلوم.
37.7%	105	5-بكالوريوس
14.5%	40	6-دراسات عليا
6) مسمى الوظيفة		
2.6%	8	1-طبيب
17.3%	49	2-فني
45.8%	126	3-ممرض/ممرضة
23.2%	64	4-إداري
11.1%	31	5-أخرى
7) هل سبق العمل في مستشفى آخر		
62.9%	174	1-نعم
37.1%	104	2-لا
8) سنوات الخبرة في العمل الحالي		
44.9%	123	1-أقل من 5 سنوات
51%	139	2-من 5 - 15 سنة
4.2%	16	3-أكثر من 15 سنة

9)سنوات الخبرة في العمل السابق		
1-أقل من 5 سنوات	77	%39.7
2-من 5 - 15 سنة	94	%48.5
3-أكثر من 15 سنة	23	%11.9

المتوسط الحسابي لسنوات الخبرة في العمل الحالي = 5.783

بانحراف معياري = 4.507 وقد تراوحت سنوات الخبرة بين 6 شهور و 24 سنة.

المتوسط الحسابي لسنوات الخبرة في العمل السابق = 7.691

بانحراف معياري = 5.850 وقد تراوحت سنوات الخبرة بين 1 و 26 سنة.

2.2.3 - مدى إلمام الموظف بمفهوم بإدارة الجودة الشاملة:

الجدول رقم (2.3) يعكس مدى علاقة إلمام الموظف بمفهوم بإدارة الجودة الشاملة، ويتضح من

الجدول أن أكثر من 60 % من مفردات الدراسة يرون أنهم ملمون بإدارة الجودة الشاملة في مستشفى

الملك فهد بدرجة متوسطة أو عالية في مقابل 40 % تقريباً ممن أفاد بإلمام منخفض أو معدوم عن

إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.

كما أن أكثر من 52 % من المجيبين سبق لهم العمل في مستشفيات تطبق الجودة الشاملة، إلا

أن الغالبية (أكثر من 69%) لم يتلقوا دورات تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة، أما من تلقوا

دورات تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة فإن أكثر من 52 % منهم قد تلقوا التدريب خارج المملكة،

بينما 42 % منهم تلقوا التدريب داخل المملكة، وأفاد أكثر من 5 % ممن تلقوا التدريب بأنهم تلقوا تدريب

داخل وخارج المملكة.

جدول رقم (2.3)

توزيع أفراد الدراسة حسب الإمام بإدارة الجودة الشاملة في المستشفى

النسبة	التكرار	العبرة
ما درجة إلمامك بإدارة الجودة الشاملة في المركز :		
%10.7	30	عالية.
%49.6	137	متوسطة.
% 28.3	79	منخفضة.
%11.4	32	معدومة.
هل سبق لك العمل في مستشفى يطبق الجودة الشاملة؟		
%52.2	145	نعم.
%47.8	133	لا.
هل حضرت دورات تدريبية لها علاقة بالجودة الشاملة:		
%30.6	85	نعم.
%69.4	193	لا.
أين حضرت تلك الدورات؟		
%42	117	في داخل المملكة.
%52.2	146	في خارج المملكة.
%5.4	15	في الداخل والخارج.

3.2.3 - اتجاهات المجيبين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى:

يبين الجدول رقم (3.3) أن 44 % من المجيبين يرون أن درجة فعالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الملك فهد تتراوح بين فعال وفعال جداً، في حين أن 18 % تقريباً من المجيبين يرون عدم فعاليتها وأفاد 38 % منهم بلا أدري على هذا السؤال . ولكن الملاحظ في نتائج الجدول أن الغالبية العظمى من المجيبين يرون بأن إدارتهم ضمن الإدارات التي تطبق الجودة الشاملة (أكثر من 71%). و يرى أكثر من 73 % من المجيبين أن درجة التزامهم الشخصي بتطبيق الجودة الشاملة يعد كبيراً أو كبير جداً . و في المقابل يرى 8 % منهم بأن التزامهم يعتبر منخفض أو معدوم ، ويرى 18 % تقريباً منهم أن درجة التزامهم متوسطة.

جدول رقم (3.3)

اتجاهات المجيبين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى

النسبة	التكرار	العبرة
ما تقييمك لفاعلية تطبيق الجودة الشاملة بالمركز:		
9.4%	27	فعالة جداً
34.6%	95	فعالة
13.2%	38	غير فعالة
4.9%	15	غير فعالة أبداً
38%	103	لا أدري
هل إدارتك ضمن الإدارات التي تطبق الجودة الشاملة:		
71.4%	193	نعم

28.6%	84	لا
ما هي درجة التزامك الشخصي بتطبيق الجودة الشاملة؟		
9.15%	25	كبير جداً
64.1%	175	كبير
18.3%	50	متوسط
5.12%	14	منخفض
3.29%	9	معدوم

4.2.3- اتجاهات المجيبين نحو فوائد نظام الجودة الشاملة في المستشفى:

بشكل عام يوضح الجدول رقم (4.3) أن مفردات الدراسة يميلون إلى الموافقة على فوائد تطبيق نظام الجودة الشاملة في مستشفى الملك فهد، حيث بلغت قيمة الوسط الحسابي الإجمالي 3.795 و بانحراف معياري 0.691 .

وبالنظر إلى البنود التي تمثل فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتضح أن مفردات الدراسة يميلون إلى الموافقة على جميع الفوائد المذكورة في الجدول حيث تراوحت قيم الوسط الحسابي لجميع الفوائد بين 3.448 و 4.151 و بانحرافات معيارية تراوحت بين 0.854 و 1.051 . وقد جاء في هذه الفوائد أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة من شأنه أن يؤدي إلى الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر، والتعاون الجماعي بدلاً من المنافسة، و كتابة وتطوير أنظمة العمل.

جدول رقم (4.3)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والتوزيع التكراري لاتجاهات مفردات الدراسة نحو الفوائد

النتيجة من تطبيق الجودة الشاملة

الفوائد	غير موافق إطلاقاً (1)	غير موافق (2)	غير متأكد (3)	موافق (4)	موافق بشدة (5)	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التعاون الجماعي بدلاً من المنافسة	5 %1.9	17 %6.3	24 %9	130 %48.5	92 %34.3	4.071	0.923
الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر	8 %3	12 %4.4	17 %6.3	128 %47.2	106 %39.1	4.151	0.937
التحسين والفعالية	5 %2	17 %6.6	53 %20.7	121 %47.3	60 %23.4	3.836	0.927
تطوير أنظمة العمل	2 %0.8	15 %5.7	34 %12.8	133 %50.2	81 %30.6	4.042	0.854
الرضا المتزايد للعمل	4 %1.5	19 %7.5	62 %23.6	125 %47.5	53 %20.2	3.776	0.903
معدل رضا العاملين مرتفع	13 %4.9	36 %13.4	72 %26.9	112 %41.8	35 %13.1	3.448	1.036
تحسين مستوى الإنتاج	6 %2.2	27 %10	48 %17.8	134 %49.8	54 %20.1	3.755	0.962
التركيز على	8	36	47	119	59	3.688	1.051

		%21.9	%44.2	%17.5	%13.4	%3	حل المشاكل الأكثر أهمية
0.954	3.643	53	99	83	28	3	تقليل التكلفة في استخدام المواد
		%19.9	%37.2	%31.2	%10.5	%1.1	
1.003	3.653	52	116	62	31	7	الانتماء والولاء للمستشفى وأهدافها
		%19.4	%43.3	%23.1	%11.6	%2.6	
1.044	3.675	61	105	65	28	9	اتخاذ القرارات بناءً على أساليب علمية
		%22.8	%39.2	%24.3	%10.4	%3.4	
0.691	3.795	الكلية					

5.2.3- اتجاهات مفردات الدراسة نحو دور الإدارة العليا:

للتعرف على اتجاهات مفردات الدراسة نحو دور الإدارة العليا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة. تم حساب التوزيع التكراري والنسب وكذلك المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع البنود التي تعكس دور الإدارة العليا.

من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (5.3) نجد أن المبحوثين يميلون وبشكل عام إلى الموافقة على أن هناك ميل للإدارة العليا نحو تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.462) بانحراف معياري قدره (0.889) كما يميلون إلى الموافقة على أن الإدارة العليا تدعم تطبيق الجودة الشاملة ويوجد هناك وعي لدى الإدارة العليا بأهمية الجودة الشاملة وبالنتائج التي تحققها ويراعى في خطط المستشفى وضع خطط تتضمن تطبيق مبادئ الجودة الشاملة وأخيراً تهتم الإدارة بتطبيق الجودة الشاملة أولاً حيث بلغ المتوسط الحسابي على التوالي

(3.417-3.462-3.481-3.602) وانحرافات معيارية على التوالي (0.873-0.878-

(0.904-0.889

جدول رقم (5.3)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والتوزيع التكراري لاتجاهات مفردات الدراسة نحو دور الإدارة العليا في تطبيق الجودة الشاملة

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً	العبارات
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
0.85	3.361	20 %7.5	96 %36.1	115 %43.2	30 %11.3	5 %1.9	ساهمت الإدارة العليا في نجاح تطبيق الجودة الشاملة
0.878	3.481	27 %10.2	107 %40.2	108 %40.6	15 %5.6	9 %3.4	يوجد وعي لدى الإدارة العليا بأهمية الجودة الشاملة وبالنتائج التي تحققها
0.889	3.462	28 %10.6	102 %38.6	105 %39.8	22 %8.3	7 %2.7	يراعى في خطط المستشفى وضع خطط لتطبيق مبادئ الجودة الشاملة
0.873	3.602	41 %15.4	102 %38.3	103 %38.7	16 %6	4 %1.5	دعم الإدارة العليا لتطبيق الجودة الشاملة
0.904	3.417	26 %9.8	99 %37.2	111 %41.7	20 %7.5	10 %3.8	تهتم الإدارة العليا بتطبيق الجودة الشاملة أولاً

0.785	3.463	الكلية
-------	-------	--------

6.2.3- اتجاهات المجيبين نحو معوقات تطبيق الجودة الشاملة:

للتعرف على اتجاهات مفردات الدراسة نحو معوقات تطبيق الجودة الشاملة فقد تم حساب التوزيع التكراري والنسبي وكذلك المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع البنود التي تعكس اتجاهاتهم نحو المعوقات كما هو موضح في الجدول رقم (6.3) وتشير نتائج الجدول إلى ميل مفردات الدراسة إلى الموافقة على وجود المعوقات التالية:

- 1 عدم وجود دورات تدريبية للبرامج الجودة الشاملة.
 - 2 عدم وجود مختصين لبرامج الجودة الشاملة.
 - 3 عدم وجود معيار دقيق.
 - 4 عدم توفر البيانات والإحصائيات اللازمة.
 - 5 وجود دعم من قبل الإدارة العليا ولكن بدون متابعة لعملية التنفيذ.
- حيث تراوحت قيم الوسط الحسابي لهذه العبارات بين 3.525 و 3.937.

كما تشير نتائج الجدول إلى أن هناك انقسام لمفردات الدراسة بين الموافقة وعدم الموافقة حول وجود المعوقات التالية:

- أ - نظرة العاملين إلى تطبيق الجودة تتحكم بسلوكهم.
- ب - ينظر العاملين للجودة على أنها خدمة كمالية وترفيهية.
- ج - الإمكانيات المادية الحالية غير كافية.

حيث تراوحت قيم الوسط الحسابي لتلك العبارات بين 2.996 و 3.06

جدول رقم (6.3)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والتوزيع التكراري لاتجاهات مفردات الدراسة نحو

معوقات تطبيق الجودة الشاملة

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	موافق بشدة (5)	موافق (4)	غير متأكد (3)	غير موافق (2)	غير موافق إطلاقاً (1)	المعوقات
0.907	3.677	41 %15.4	132 %49.6	64 %24.1	24 %9	5 %1.9	وجود معايير دقيقة لقياس الإنتاجية
0.958	3.525	37 %14	110 %41.5	79 %29.8	33 %12.5	6 %2.3	توفر البيانات والإحصائيات اللازمة لتطبيق الجودة
1.086	3.068	23 %8.6	71 %26.7	99 %37.2	47 %17.7	26 %9.8	الإمكانات المادية المتوافرة حالياً كافية لتطبيق الجودة الشاملة
0.963	3.73	62 %23.2	99 %37.1	85 %31.8	14 %5.2	7 %2.6	وجود مختصين في إدارة الجودة الشاملة
0.97	3.521	45 %17	91 %34.3	89 %33.6	37 %14	3 %1.1	وجود تشجيع كاف من الإدارة العليا
0.848	3.937	67 %25	135 %50.4	51 %19	12 %4.5	3 %1.1	وجود دورات تدريبية كافية لبرنامج الجودة الشاملة
0.861	3.305	24 %9	77 %28.9	123 %46.2	40 %15	2 %0.8	نظرة العاملين إلى تطبيق الجودة الشاملة

							على أنها تتحكم في سلوكهم
1.024	2.996	20	64	93	75	15	نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة كمالية وترفيهية
		%7.5	%24	%34.8	%28.1	%5.6	

7.2.3- اتجاهات المبحوثين نحو تقييم أدائهم الشخصي خلال الستة شهور الماضية:

في هذا المحور تم حساب التوزيع التكراري والنسب وكذلك المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لجميع البنود التي تعكس تقييم أداء العاملين كما هو موضح في الجدول رقم (7.3).

وتميل مفردات الدراسة إلى القول بارتفاع مستوى الأداء بشكل عام حيث بلغ المتوسط الحسابي 4.072 و بانحراف معياري قدره 0.526، مما يشير إلى عدم وجود تباين كبير بين مفردات الدراسة حول هذا المحور .كما يتضح ميل مفردات الدراسة إلى الاعتقاد بأن مستوى الأداء "مرتفع جداً" من حيث تحمل المسؤولية والتواصل مع الآخرين و التقيد بأوقات الدوام حيث تراوحت قيم الوسط الحسابي بين 4.231 و4.328 و بانحراف معياري يتراوح بين 0.708 و0.774 ويتضح أيضاً أن مفردات الدراسة تميل إلى القول بارتفاع مستوى الأداء في جميع البنود الأخرى للأداء حيث تراوحت قيم الوسط الحسابي بين 3.844 و 4.17 بانحرافات معيارية بين 0.679 و 0.907

جدول رقم (7.3)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري والتوزيع التكراري لاتجاهات المبحوثين نحو تقييم الأداء الشخصي خلال الستة شهور الماضية

الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مرتفع جداً (5)	مرتفع (4)	متوسط (3)	منخفض (2)	منخفض جداً (1)	العبارات
0.763	3.893	50 %18.4	156 %57.4	56 %20.6	7 %2.6	3 %1.1	التخطيط لأداء العمل
0.715	4.161	87 %31.9	150 %54.9	30 %11	5 %1.8	1 %0.4	الاعتماد على الذات
0.703	4.158	88 %32.2	144 %52.7	37 %13.6	4 %1.5	—	الرغبة في انجاز الأعمال اليومية
0.810	3.993	74 %27.2	135 %49.6	51 %18.8	11 %4	1 %0.4	التقيد بأنظمة العمل
0.751	4.265	113 %41.5	125 %46	29 %10.7	3 %1.1	2 %0.7	تحمل المسؤولية عن العمل الشخصي
0.783	3.982	65 %24.1	147 %54.4	49 %18.1	6 %2.2	3 %1.1	إحداث انطباع جيد لدى الرؤساء
0.7	4.170	89 %32.8	142 %52.4	38 %14	1 %0.4	1 %0.4	الاهتمام بالمظهر الخارجي
0.708	4.231	102 %37.4	136 %49.8	32 %11.7	2 %0.7	1 %0.4	التواصل مع الآخرين لأداء العمل بصورة جيدة
0.701	4.044	64 %23.4	164 %60.1	40 %14.7	3 %1.1	2 %0.7	الأداء بصفة عامة

0.767	3.985	61 %23.2	149 %56.7	43 %16.3	8 %3	2 %0.8	تقرير كفاءة الأداء
0.778	4	67 %24.6	150 %55.1	46 %16.9	6 %2.2	3 %1.1	تنظيم الأعمال اليومية
0.872	3.844	54 %20.6	135 %51.5	57 %21.8	10 %3.8	6 %2.3	الاهتمام بشؤون المرووسين
0.722	4.106	77 %28.2	156 %57.1	34 %12.5	4 %1.5	2 %0.7	النشاط أثناء العمل
0.774	4.328	128 %47.2	113 %41.7	24 %8.9	3 %1.1	3 %1.1	التقيد بأوقات الدوام
0.723	4.081	74 %27.1	154 %56.4	40 %14.7	3 %1.1	2 %0.7	كمية العمل اليومي المنجز
0.679	4.137	78 %28.9	155 %57.4	34 %12.6	2 %0.7	1 %0.4	الجهد المبذول في العمل
0.724	4.096	77 %28.4	150 %55.4	38 %14	5 %1.8	1 %0.4	انجاز العمل في الوقت المحدد
0.725	4.115	81 %30	146 %54.1	36 %13.3	7 %2.6	—	القدرة على التكيف في الحالات الطارئة
0.907	3.922	70 %25.9	133 %49.3	50 %18.5	10 %3.7	7 %2.6	التعاون مع بقية الموظفين على إنجاز الأعمال
0.846	3.915	61 %22.5	146 %53.9	49 %18.1	10 %3.7	5 %1.8	القدرة على الإبداع والتطوير
0.526	4.072	الكلي					

3.3. التحليل الاستدلالي للبيانات:

1.3.3-العلاقة بين تطبيق الجودة الشاملة والأداء الوظيفي للعاملين:

للتعرف على العلاقة بين درجة تطبيق الجودة الشاملة والأداء الوظيفي للعاملين تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان الذي يعتمد على القيم الموجبة والسالبة المحصورة ما بين (-1 إلى +1) على اعتبار أن كل قيمة موجبة توجب وجود علاقة ارتباط طردية حيث يزيد المتغير الثاني كلما زاد المتغير الأول وكل قيمة سالبة تعني وجود علاقة ارتباط عكسية حيث ينقص المتغير الثاني كلما زاد المتغير الأول وكل قيمة مساوية للصفر تعني عدم وجود علاقة بين المتغيرين وكانت النتيجة - كما في الجدول رقم(8.3)- تشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة(طردية) ذات دلالة إحصائية بين درجة تطبيق الجودة الشاملة والأداء الوظيفي للعاملين أي أن الأداء الوظيفي للموظفين يزداد كلما زادت درجة تطبيق الجودة الشاملة حيث كان معامل الارتباط 0.9989 وبمستوى معنوية أقل من 0.05

جدول رقم(8.3)

معامل ارتباط سبيرمان بين درجة الالتزام بتطبيق الجودة الشاملة وتقييم الأداء الوظيفي

المتغير	درجة الالتزام بتطبيق الجودة الشاملة
تقييم الأداء الوظيفي	ر = 0.9989
	م. د = 0.004

2.3.3-العلاقة بين فاعلية تطبيق الجودة الشاملة ودعم الإدارة العليا:

للتعرف على العلاقة بين تطبيق الجودة الشاملة ودعم الإدارة العليا تم استخدام معامل ارتباط سبيرمان لحساب مستوى فاعلية تطبيق الجودة الشاملة ومستوى ودعم الإدارة العليا وكانت النتيجة - كما في الجدول رقم (9.3) تشير إلى وجود علاقة ارتباط موجبة (طردية) وذات دلالة إحصائية بين فاعلية تطبيق الجودة الشاملة ودعم الإدارة العليا حيث كان معامل الارتباط 0.999 وبمستوى معنوية أقل من 0.05 . أي أنه كلما زاد دعم الإدارة العليا لبرامج الجودة كلما ارتفع مستوى فاعليتها وهذا يؤكد ما يشير إليه رواد الجودة الشاملة، ويعتبر دعم الإدارة العليا لبرامج الجودة الشاملة أحد المبادئ الأساسية التي تقوم عليها الجودة.

جدول رقم (9.3)

معامل ارتباط سبيرمان بين درجة التقييم لفاعلية تطبيق الجودة الشاملة ودور الإدارة العليا في التطبيق

المتغير	درجة التقييم لفاعلية تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفى
دور الإدارة العليا في تطبيق الجودة	ر = 0.999
	م .د = 0.000

3.3.3- تأثير دور المعرفة بمفاهيم الجودة الشاملة لدى العاملين على الأداء الوظيفي:

للتعرف على تأثير دور معرفة العاملين بمفاهيم الجودة الشاملة على أدائهم الوظيفي تم استخدام معامل ارتباط بيرسون وكانت النتيجة - كما في الجدول رقم (10.3) تشير إلى عدم وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين معرفة العاملين بمفاهيم الجودة الشاملة وأدائهم الوظيفي

حيث كانت قيمة الارتباط 0.01 وبمستوى معنوية أكبر من 0.05. مما يعني أن مستوى أداء العاملين لا يتأثر بمعرفة العاملين بمفاهيم الجودة الشاملة ولهذا وجدنا أن مستوى أداء العاملين في المستشفى مرتفع رغم عدم وجود إلمام كامل بمفاهيم الجودة الشاملة وهذا سببه عدم وجود دورات تدريبية ومحاضرات تثقيفية حول مفاهيم ومبادئ الجودة.

حيث أن الغالبية العظمى لم يتلقوا مواد تعليمية أو دورات تدريبية في مجال الجودة الشاملة، وأن حوالي 85 % من مفردات الدراسة كان مستوى الدراسة التعليمي لديهم من الجامعي وأقل مما يعنى عدم تلقيهم مواد متخصصة في مجال الجودة الشاملة باستثناء الجامعيين، ولكن قد يتعرض البعض منهم لبعض المواد ذات العلاقة وذلك حسب التخصص كما أن نسبة الذين لم يتلقوا دورات تدريبية حوالي 7 % تقريباً وهذا يعكس أن غالبية العاملين من مفردات العينة يمارسون أداء أعمالهم بالمركز من غير خلفية تعليمية أو تدريبية متخصصة في مجال الجودة الشاملة.

جدول رقم (10.3)

معامل ارتباط بيرسون بين درجة الإلمام بإدارة الجودة الشاملة وتقييم الأداء الوظيفي

المتغير	درجة الإلمام بإدارة الجودة الشاملة في المستشفى
تقييم الأداء الوظيفي	ر = 0.01
	م. د. = 0.898

الفصل الرابع

النتائج والتوصيات

النتائج والتوصيات

1.4. أهم نتائج الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة بغرض معرفة علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي بمستشفى الملك فهد. وقد تم التوصل إلى مجموعة من النتائج من خلال التحليل الإحصائي ويمكننا أن نوجزها:

1- آراء الموظفين نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى:

تشير نتائج الدراسة إلى أن أغلب الموظفين يطبقون إدارة الجودة الشاملة وأنهم ملتزمون بها التزاماً شخصياً حيث تعتبر إدارتهم من الإدارات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة.

2- فوائد تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى:

تشير الدراسة إلى أن أغلب الموظفين يرون أن هناك فوائد من تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى و كان من هذه الفوائد أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة من شأنه أن يؤدي إلى الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر والتعاون الجماعي بدلاً من كتابة وتطوير أنظمة العمل وهذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى في البحث.

3- دور المعرفة بمفاهيم الجودة لدى العاملين على الأداء الوظيفي:

تشير الدراسة إلى أن مستوى أداء العاملين لا يتأثر بالمستوى المعرفي لديهم حول مفاهيم الجودة وهذا يعزى إلى عدم وجود دورات تدريبية ومحاضرات تعليمية حول هذا المفهوم وهذا ما يثبت خطأ الفرضية الثانية في البحث.

4- تشير الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة طردية ذات دلالة إحصائية بين الجودة الشاملة والأداء الوظيفي ، أي أنه كلما زاد تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفى زاد أداء الموظف أي ما يؤكد على أن هناك علاقة بين أداء الموظف وتطبيق إدارة الجودة الشاملة وهذا ما يثبت صحة الفرضية الثالثة.

5- تشير الدراسة إلى وجود دعم من قبل الإدارة العليا لتطبيق الجودة الشاملة يتمثل بعمليات التخطيط ولكن لا يوجد تشجيع ومتابعة من قبل الإدارة على التطبيق الأمر الذي يؤثر على فعالية تطبيق هذا البرنامج وهذا ما يثبت صحة الفرضية الرابعة للدراسة.

4- تشير الدراسة إلى أن هناك معوقات تواجه تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى تتمثل في:

- عدم وجود دورات تدريبية لبرنامج الجودة الشاملة.
- عدم وجود مختصين لبرنامج الجودة الشاملة.
- عدم توفر البيانات والإحصائيات اللازمة لتطبيق برنامج الجودة الشاملة
- عدم وجود تشجيع كامل من قبل الإدارة العليا.

5- نتج عن الدراسة الخروج ببعض الآراء التي أوضحت أن هناك بعض المعوقات التي تنتج عن

تطبيق الجودة الشاملة من مفهوم بعض الموظفين ، تتمثل فيما يلي:

- أن الجودة الشاملة تتحكم بسلوكهم.
- نظرة العاملين على أنها نظام كمالي وترفيهي.
- الإمكانيات المادية غير كافية.

2.4. أهم توصيات الدراسة:

- 1- تعميم برنامج الجودة الشاملة على جميع أقسام المستشفى وعدم اقتصره على بعض الأقسام مثل الإدارة التمريضية أو الأقسام الفنية وذلك بتعميم دليل للجودة يشمل جميع المعايير والمقاييس.
- 2- يجب أن يترافق دعم الإدارة العليا لتطبيق مبادئ الجودة الشاملة المتمثل بعملية التخطيط لها بمتابعة تنفيذها عملياً وذلك بتعيين مراقبي جودة داخل المستشفى.
- 3- العمل على زيادة الدورات التدريبية والمحاضرات التثقيفية في مجال الجودة الشاملة لجميع الموظفين وذلك بوضع جدول زمني سنوي أو شهري يلزم الموظفين بحضور هذه الدورات.
- 4- استقطاب موظفين مؤهلين في إدارة الجودة الشاملة للقيام بمتابعة تطبيق الجودة الشاملة والتنسيق بين الأقسام الأخرى للتأكد من القيام بذلك.
- 5- إيضاح دور وأهمية تطبيق الجودة الشاملة على الأداء لكل موظف داخل المستشفى من قبل قسم الجودة وذلك بربط الزيادات السنوية بالتزام الموظف بتطبيق مبادئ الجودة الشاملة.
- 6- دراسة العوامل المؤثرة على تطبيق الجودة في المستشفى ، مع التركيز على معرفة طرق علاجها وكيفية إيجاد حلول لها.
- 7- تعاون جميع أقسام المستشفى مع الموظفين العاملين في قسم الجودة وإيضاح أن دورهم ليس التحكم في سلوكهم ولكن رفع مستوى الأداء بشكل عام.
- 8- إصدار دليل للجودة الشاملة يوضح المعايير والمقاييس لجميع نشاطات ومهام المركز الإدارية والفنية والطبية وتعميمه على جميع أقسام المستشفى.

9- عمل تقرير أسبوعي يرفع إلى مدير المستشفى يوضح نشاطات إدارة الجودة الشاملة في المستشفى وأهم المشكلات التي واجهتها خلال هذه الفترة.

3.4. قائمة المراجع والمصادر

1.3.4. المراجع العربية

- 1 +الأعرجي،عاصم محمد(الوجيز في مناهج البحث العلمي:منظور إداري معاصر)، دار الفكر للنشر والتوزيع، 1995، عمان.
- 2 أوماسيكران،(طرق البحث في الإدارة: مدخل بناء المهارات البحثية)،ترجمة إسماعيل بسيوني-عبد الله سليمان العزاز،مطبعة جامعة الملك سعود، 1998، الرياض.
- 3 البداينة،ذياب،(المرشد إلى كتابة الرسائل الجامعية)،أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 1419هـ، الرياض.
- 4 جدوي،عبد الرحمن،(مناهج البحث العلمي)،وكالة المطبوعات، 1997، الكويت.
- 5 البرعي،محمد عبد الله ومحمد إبراهيم التويجري،(معجم المصطلحات الإدارية)، 1414هـ، الرياض.
- 6 جستر فيلد، ديل،(إدارة الجودة الشاملة)، ترجمة د. راشد الحمالي، 2004، جامعة الملك سعود،النشر العلمي والمطابع،الرياض.
- 7 بن سعيد،خالد،(إدارة الجودة الشاملة مع تطبيقات على القطاعات الصحية)،الطبعة الأولى 1418هـ، الرياض
- 8 جمور،ميرغني عبد العال،(إدارة المؤسسات العامة وخصصتها)،الطبعة الثانية،العالمية للطباعة والنشر،1997،الدوحة.
- 10-جي لاند،فرانك،(قياس أداء العمل:الأساليب النظرية والتطبيقات)،ترجمة محمد ربحي الحسن،معهد الإدارة العامة، 1987، الرياض.

- 13- السقاف، حامد عبد الله، (المدخل الشامل والسريع لفهم وتطبيق إدارة الجودة الشاملة)، مكتبة المجتمع 1416 هـ، الخبر.
- 14- سليمان، حنفي محمد، (السلوك التنظيمي والأداء)، دار الجامعات المصرية 1990، القاهرة.
- 15- عبيدات، ذوقان، آخرون، (البحث العلمي. مفهومه وأدواته وأساليبه)، دار أسامة للنشر والتوزيع 1997، الرياض.
- 16- عشاوي، سعد الدين، (أسس الإدارة)، مكتبة عين شمس 1989، القاهرة.
- 17- عطيفة، حمدي، (منهجية البحث العلمي وتطبيقاتها في الدراسات التربوية والنفسية)، دار النشر للجامعات 1996، القاهرة.
- 18- القحطاني، سالم، آخرون، (منهج البحث في العلوم السلوكية مع تطبيقات على SPSS)، المطابع الوطنية الحديثة 2000، الرياض.
- 19- مبارك، محمد الصاوي، (البحث العلمي: أسس وطريقة كتابته)، المكتبة الأكاديمية 1992، القاهرة.
- 20- محرم، أحمد محروس، محمد عماد فهمي، (تكاليف الجودة: مدخل إلى التطوير والتحسين المستمر) مركز نور الإيمان 2000، القاهرة.
- 21- محمود، محمد فتحي، (الإدارة العامة المقارنة)، مطبعة جامعة الملك سعود 1985، الرياض.

22- مدني، حرفوش، (الطريق إلى إعادة اختراع الحكومة وإدارة الجودة الشاملة)، مكتبة زهراء الشرق 1996، القاهرة.

23- مطبقاني، محمد صلاح، عجمي محمد عزت، (تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات وتأثيرها على الارتقاء بأداء العاملين وتحقيق الرضا الوظيفي)، دار الخريجي للنشر والتوزيع 2001. الرياض.

24- المنيف، إبراهيم عبد الله، (الإدارة: المفاهيم والمهام والأسس)، دار العلوم 1980م، الرياض.

25- نياز، عبد العزيز، (جودة الرعاية الصحية الأسس النظرية والتطبيق العملي)، وزارة الصحة السعودية 2005، الرياض.

26- هابنز، ماريو، (إدارة الأداء والدليل الشامل للإشراف الفعال)، ترجمة محمد مرسي وزهير الصباغ، معهد الإدارة العامة 1985م، الرياض.

27- هيوكوش، (إدارة الجودة الشاملة-تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها)، ترجمة طلال الأحمد 2002، معهد الإدارة العامة، الرياض.

28- وارين شمدت، جيروم فاتجا، (الجودة الشاملة)، 1991، معهد الجودة الفيدرالي.

2.3.4. المقالات والبحوث والرسائل العلمية:

1 الأحمد، حنان، مارتن رولاند، (جودة الرعاية الصحية الأولية في السعودية)، المجلة العالمية لجودة الرعاية الصحية-المجلد 4/17-2005.

- 2 الأحمدى، حنان، (التحسين المستمر للجودة لمفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية)، مجلة الإدارة العامة-المجلد 3/40، معهد الإدارة، 2000.
- 3 بن سعيد، خالد، (مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية)، المجلة العربية للعلوم الإدارية، 1994، الكويت.
- 4 الحاضر، إبراهيم، (مدى فعالية إدارة الجودة في مستشفى قوى الأمن بالرياض-أراء وتوجيهات الهيئة الطبية والإدارية بالمستشفى)، رسالة ماجستير غير منشورة 2000 الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 5 الخلف، عبد الله موسى، (ثالث التميز: تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية)، مجلة الإدارة العامة المجلد 37 العدد الأول 1997، معهد الإدارة العامة الرياض.
- 6 دي فوس، غراف مانز وآخرون، (استخدام مؤشرات الجودة لتحسين الرعاية الصحية في المستشفيات)، المجلة العالمية لجودة الرعاية الصحية-المجلد 2/21-2009 .
- 7 ريس، سماح عبد الرحيم، (مدى فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بمحافظة جدة)، رسالة ماجستير 1424 هـ جدة، جامعة الملك عبد العزيز.
- 8 العمر - بدران عبد الرحمن، (مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات الرياض من وجهة نظر ممارسي التمريض)، مجلة الإدارة العامة المجلد 42 العدد الثاني 2002 معهد الإدارة العامة، الرياض.
- 9 القضماني-نازة، (إدارة الجودة الشاملة: تطوير دائم لمؤسسات الأعمال)، مجلة عالم الاقتصاد-العدد 39، القاهرة 1995.

10 - يو تشي تونغ، غوان مينغ تشانغ، (رضا المريض وتوصيات مقدمي الرعاية

الأولية: الارتباطات بين ثقافة المريض والجودة المدركة)، المجلة العالمية لجودة الرعاية

الصحية-آذار 2009.

3.3.4. الأدلة واللوائح:

1 تحليل إجراءات العمل ، وزارة الصحة السعودية 2001

2 تحليل الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية، د. توفيق الخوجة ، وزارة الصحة

السعودية.

4.3.4. المراجع الأجنبية

- 1- Attree M.(1996) **Analysis of the concept quality as it relates to contemporary nursing care. Quality management in nursing and health care.** Albany. New York Delmar.
- 2- Baker,G.R and Gelmon S.B(1996) **Total quality management in health care. Quality management in nursing and health care,** Albany. New York Delmar.
- 3- Berwick, D.God Frey B and Rossner (1990) **New strategies for quality improvement,** Jossx Bass. British Medical Journal London.
- 4- Berwick and Rossner (1992) **Can quality management really work in health care? Quality progress.**
- 5- Brent. C. James (1989) **Quality management for health care delivery** (the hospital research and educational trust 840 Chicago, Illinois).
- 6- Colin, M, and Stephen, M, (1994) **Total quality management, In international perspective.**

- 7- Donabedian, A, (1988) **The quality of care: How can it be assessed**, Journal of the American medical association.
- 8- Edwards, Paul Collinson, Rees Chris, (1998) **The deterrents of employment to total quality managements**: Six studies at deferent organization at U.K.
- 9- Al-Khalaf, A.M.(1994) **Factors that affect the success and failure of TQM implementation in small U.S. cities**, PhD dissertation of Pittsburgh. U.S.A.
- 10- J.M (1989) **Juran on leadership for quality**, and executive handbook
- 11- McLaughlin. C, and Kaluzny. A (1997) **Total quality management, Issues in managed care**, Journal of the health care finance 24.
- 12- Moorhead S, Johnson M: (2004) **Nursing outcomes classification**, St. Louis, Mosby.
- 13- Norman. R. (1984) **Service Management** John Wiley & Sons. New York.
- 14- Palmar H,T.A.Lonis, L.Hsu.et.al (1996) **A randomized controlled trial of quality assurance in sixteen ambulatory care practices medical care**, hill book company, New York.
- 15- Peters,T.Thriving on chaos: **Handbook for a management revolution** (New York City: Harper & Row 1987
- 16- potter, Patricia and Perry, Anne (2005) **Fundamentals of nursing** 6th edition , Mosby
- 17- Shewhart,W.A. (1986) **Economic control of quality of manufactured product**. Washington,DC : Ceepress, The George Washington University.

- 18- Shortell.S, and Conner. E (1995) **Assessing the impact of continuous quality improvement**, total quality management: Health services research.
- 19- Schon Berger. R.J (1992) **TQM cuts a board organizational dynamics**
- 20- W.E. Deming (1986) **Out of crisis** (Cambridge, Ma: Massachusetts institute of technology.
- 21- Wendt DA, Vale DJ: **Managing quality and risk**. In Yoder-Wise PS, editor: Leading and managing in nursing, ed 3, St. Louis, 2003, Mosby.
- 22- Zgodavova. Kristina (2001) **Quality management principles-An approach in healthcare institutions** (Academy of economic studies,Bucharest,Romania)

4.4. ملاحق البحث

ملحق (1): استمارة الاستبيان

أولاً- الأسئلة المتعلقة بالبيانات الأولية:

1- الجنس:			
ذكر (...)		أنثى (...)	
2- العمر :			
30-20 (...)	40-31 (...)	50-41 (...)	60-51 (...)
3- الجنسية:			
سعودي (...)		غير سعودي (...)	
4- الحالة الاجتماعية:			
أعزب (...)	متزوج (...)	مطلق (...)	أرمل (...)
5- المؤهل العلمي:			
ابتدائي (...)	إعدادي (...)	ثانوي (...)	
دبلوم (...)	بكالوريوس (...)	دراسات عليا (...)	
6- المسمى الوظيفي:			
طبيب (...)	فني (...)	ممرض/ممرضة (...)	
إداري (...)	أخرى (حدد) (...)		
7- التخصص:			

.....) (...
8- هل سبق لك العمل في مستشفى آخر قبل مستشفى الملك فهد ؟ نعم (...) لا (...)
9- سنوات الخبرة في العمل السابق إن وجدت: (حدد) (.....)
10- سنوات الخبرة في العمل الحالي: (حدد) (.....)

ثانياً- الأسئلة المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة:

11- ما هي درجة معرفتك و إلمامك بإدارة الجودة الشاملة ؟ عالية (...) متوسطة (...) منخفضة (...) معدومة (...)
12- هل سبق لك العمل في مستشفى يطبق الجودة الشاملة ؟ نعم (...) لا (...)
13- هل حضرت دورات تدريبية حول موضوع الجودة الشاملة ؟ نعم (...) لا (...)
14- إذا كنت قد حضرت دورات تدريبية في الجودة نرجو تحديد المكان داخل المملكة (...) خارج المملكة (...) في الداخل والخارج (...)
15- ما هو تقييمك لفاعلية تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى ؟ فعالة جداً (...) فعالة (...) غير فعالة (...) غير فعالة أبداً (...) لا أدري (...)
16- هل إدارتك التي تتبع لها في المستشفى من الإدارات التي تطبق الجودة الشاملة؟ نعم (...) لا (...)
17- إذا كانت إدارتك من ضمن الإدارات التي تطبق الجودة الشاملة فما هي درجة التزامك

الشخصي بتطبيق مبادئ الجودة الشاملة ؟

مرتفع جداً (...) مرتفع (...) متوسط (...)
منخفض (...) معدوم (...)

ثالثاً- الأسئلة التي تتعلق بتطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفى:

الرجاء القيام بوضع إشارة (√) أمام الخيار الذي يعبر عن رأيكم الشخصي.

غير موافق أبداً	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق جداً	الفوائد الناتجة من تطبيق الجودة الشاملة هي:
					18 التعاون الجماعي بدلاً من المنافسة
					19 الاهتمام بالتدريب والتعليم المستمر
					20 الوقاية بدلاً من التفتيش
					21 كتابة وتطوير أنظمة العمل
					22 الرضا المتزايد للعميل
					23 مستوى رضا العاملين مرتفع
					24 تحسين مستوى الخدمة
					25 التركيز على حل المشاكل الأكثر أهمية
					26 تقليل التكلفة في استخدام المواد
					27 الانتماء للمستشفى و أهدافها

					28	اتخاذ القرارات بناءً على أساليب علمية
غير موافق أبداً	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق جداً		دور الإدارة العليا في تطبيق الجودة الشاملة
					29	ساهمت الإدارة العليا في نجاح تطبيق الجودة الشاملة بالمشفى
					30	يوجد وعي لدى الإدارة العليا بأهمية الجودة الشاملة و النتائج التي تحققتها
					31	يتم وضع خطط لتطبيق مبادئ الجودة الشاملة ضمن خطط المستشفى
					32	دعم الإدارة العليا لتطبيق الجودة الشاملة
					33	تهتم الإدارة العليا بتطبيق الجودة الشاملة أولاً

رابعاً- الأسئلة المتعلقة بصعوبات ومعوقات تطبيق الجودة الشاملة:

الرجاء القيام بوضع إشارة (√) أمام الخيار الذي يعبر عن رأيكم الشخصي.

غير موافق أبداً	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق جداً	الصعوبات والمعوقات
-----------------	-----------	-----------	-------	------------	--------------------

					34 وجود معايير دقيقة لقياس الخدمة والإنتاجية
					35 تتوفر البيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة
					36 الإمكانيات المادية المتوفرة حالياً كافية لتطبيق الجودة الشاملة
					37 وجود متخصصين في إدارة الجودة الشاملة
					38 وجود تشجيع كافٍ من الإدارة العليا
					39 وجود دورات تدريبية كافية حول برامج الجودة الشاملة
					40 نظرة العاملين إلى تطبيق الجودة الشاملة أنها تتحكم في سلوكهم
					41 نظرة العاملين للجودة الشاملة على أنها خدمة ترفيهية وكمالية

خامساً- الأسئلة المتعلقة بتقييم أداء الموظف لعمله خلال الستة شهور الماضية

الرجاء القيام بوضع إشارة (√) أمام الخيار الذي يعبر عن تقييمك الشخصي لأدائك في العمل خلال الستة شهور الماضية.

منخفض جداً	منخفض	متوسط	مرتفع	مرتفع جداً	تقييم الأداء الشخصي خلال الستة شهور الماضية
------------	-------	-------	-------	------------	---

					التخطيط لأداء العمل	42
					الاعتماد على الذات في إنجاز العمل	43
					الرغبة في انجاز الأعمال اليومية	44
					التقيد في أنظمة العمل	45
					تحمل المسؤولية في العمل	46
					إحداث انطباع جيد لدى الرؤساء	47
					الاهتمام بالمظهر الخارجي	48
					التواصل مع الآخرين لأداء العمل بشكل جيد	49
					الأداء بصورة عامة	50
					تقارير كفاءة الأداء	51
					تنظيم الأعمال اليومية	52
					الاهتمام بشؤون المرؤوسين	53
					النشاط أثناء الدوام	54
					التقيد بأوقات الدوام	55
					حجم العمل اليومي المنجز	56
					الجهد المبذول في العمل	57
					انجاز العمل في الوقت المحدد	58

					59 القدرة على التكيف في الأوقات والحالات الطارئة
					60 التعاون مع بقية الموظفين في إنجاز الأعمال
					61 القدرة على الإبداع والتطوير

ملحق (2): معايير اعتماد المؤسسات الصحية في الهيئة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية:

Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH)

Emergency Management

The 96-hour Requirement

Emergency Exercises

Emergency Management

Tabletop Drills

Use of Paper Patient During Emergency Exercises

When The Community Will Not Participate With Emergency Planning

Environment of Care

Defibrillators - Life Support or Non-life Support Equipment

Designating Controlled and/or Sensitive Areas

Environment of Care Management Plans in Several Settings

Eyewashes - Frequency of Flushing

Hazardous Material

Identification Badge Requirements

Infant or Pediatric Abduction Drills

Installation of Call Buttons

Labeling Oxygen and other Compressed Gas Cylinders

Locking of Electrical Panels

Locking Soiled Utility Rooms

Maintaining Medical Waste Manifests

Maintaining Supplies During An Emergency

Management Plans in Business Occupancies

Material Safety Data Sheets (MSDS) Requirements

Material Safety Data Sheet (MSDS) Alternatives

Mounting Sharps Boxes/Containers

Patient Owned Equipment

Placement of Alcohol Based Hand Rub (ABHR) Dispensers

Posting of No Smoking Signs

Security of Syringes and Needles

Smoking Distance Requirements

Smoke-free Campus

Staff Only Refrigerators

Standpipe Fire Hose Testing

SOC: PFI or Work Order?

Undersink Storage

Utility System and Acquired Illness

Use of Fans

Human Resources

Health Care Industry/Vendor Representatives

Human Resource Standards Applicability to Contracted and Volunteer Personnel

Peer References

Permission to Administer Moderate Sedation

Primary Source Verification

Requirements for Criminal Background Checks

Infection Prevention and Control

Food And Drinks In Patient Care Areas

Infection Control Applicability to Offsite Interpretive Reading Providers

Licensed Independent Practitioner Health Screening

"Penny in a Cup"

Information Management

Acceptable Abbreviation List

Authentication of Documentation

Credentialing And Privileging For Providers From Joint Commission Accredited Organization

Laboratory Report Requirements In The Medical Record

Minimum Patient Information - Medication

Life Safety

Capacity of Soiled Linen and Trash Receptacles

Computers on Wheels

Exit Maps

One-Time Extension Based on Unforeseen Conditions

SOC PFI Extension Request

SOC: PFI or Work Order?

Temporary Construction Barriers

Medical Staff

Documenting CME's

Core/Bundled Privileges

Credentialing Non-Medical Staff Member Licensed Independent Practitioners Who Order tests and Treatments from a Joint Commission Accredited Organization

Credentialing and Privileging in Hospital-Based* Long Term Care surveyed under the Comprehensive Accreditation Manual for Long Term Care

Credentialing and Privileging in Hospital-Based* Behavioral Health Care settings surveyed under the Comprehensive Accreditation Manual for Behavioral Health Care

Delegation of the History and Physical Examination

Expediting the MEC Function

Focused Professional Practice Evaluation

History And Physical For Hospital Outpatient Procedures

Medical Students Doing H&P

Ongoing Professional Practice Evaluation (OPPE)

Organ Procurement Team Privileging

Peer References

Permission to Administer Moderate Sedation

Podiatrists and Dentists Performing the Entire History and Physical for Inpatient and Outpatient Care

Primary Source Verification of Education for Licensed Independent Practitioners

Reappointment/Reprivileging Dates

Time Periods for Completing the Credentialing Process

Medication Management

Define Concentrated KCL

Diagnosis, Condition, Indication-For-Use In Order

Medication Refrigeration Temperature Logs

Monitoring Patient Response

Pharmacy Review for Licensed Independent Practitioner (LIP) Controlled Medication

Sample Medications

Security of Anesthesia Cart Medications

Strength and Dosage Form Listing

National Patient Safety Goals

NPSG 1 - Patient Identification

NPSG.01.01.01

Two Patient Identifiers

NPSG.01.03.01

Transfusion Administration Safety

NPSG 2 - Communication Among Caregivers

NPSG.02.01.01

Read Back Orders

NPSG.02.02.01

Do Not Use Abbreviations

NPSG.02.03.01

Critical Tests, Results and Values

NPSG.02.05.01

Hand-off Communications

NPSG 3 - Medication Safety

NPSG.03.03.01

Look-Alike/Sound-Alike Drugs

NPSG.03.04.01

Labeling in Procedural Areas

NPSG.03.05.01

Anticoagulation Therapy

NPSG 7 - Health Care-Associated Infections

NPSG.07.01.01

Hand Hygiene

NPSG.07.02.01

Infection-Related Sentinel Events

NPSG.07.03.01

Multiple Drug-Resistant Organisms (MDRO)

NPSG.07.04.01

Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI)

NPSG.07.05.01

Surgical Site Infection (SSI)

NPSG 8 - Medication Reconciliation

NPSG.08.01.01

Reconciliation Upon Arrival

NPSG.08.02.01

Reconciliation Upon Transfer

NPSG.08.03.01

Reconciliation Upon Departure

NPSG 9 - Patient Falls

NPSG.09.02.01

Fall Reduction Program

NPSG 13 - Patient Involvement

NPSG.13.01.01 Patient involvement

Patient involvement

NPSG 15 - Focused Risk Assessment (Suicide; Home Fires)

NPSG.15.01.01

Suicide risk reduction

Universal Protocol

General

Applicability

Potential Barriers and Risks for Unintended Consequences

Requirement or Advice

Statement and Persistence of the Problem

Pre-procedure Verification

Checklist

Procedures Outside the OR

Verification in Pre-procedure Area

Procedure Site marking

Dental procedures

Exceptions to Site Marking

Obvious wound or lesion

Refusal of site marking

Residents

Spinal surgery cases

Who should mark the site

Bilateral Procedures

Procedure Time out

Time-out Prior to Anesthesia

Time-out without the Surgeon

Two Time-outs

Documentation of Time-Out

Performance Improvement

Staffing Effectiveness

Provision of Care, Treatment, and Services

Adverse Tissue Reaction Policies

Admissions by oral and maxillofacial surgeons

Authentication of the H&P in 24 Hours

Breathalyzers, Continuous Glucose Monitoring Systems, Pulse Oximeters & Transcutaneous Bilirubinometers

Content of the History and Physical

Delegation of the History and Physical Examination

H&P from non-credentialed practitioners

LPNs Performing Assessment

Medical Students Doing H&P

Nutritional, Functional, And Pain Assessments And Screens

Permission to Administer Moderate Sedation

Podiatrists and Dentists Performing the Entire History and Physical for Inpatient and Outpatient Care

Pre-Induction Assessment For Sedation And Anesthesia

Preprocedure Verification

Residents or House Staff Writing Orders and/or Evaluating a Patient for Restraint or Seclusion for Behavioral Health Reasons

Restraint and Seclusion for Organizations that Do Not Use Joint Commission Accreditation for Deemed Status

Restraint /Seclusion For Hospitals That Use The Joint Commission For Deemed Status Purposes

Restraint Standards For Hospitals Using The Joint Commission For Non-Deemed Purposes

Sedation and Anesthesia

Special Interventions (Behavioral Health Restraints & Seclusion)

Spiritual Assessment

Tissue Source Facilities - Verification of Licensing & Registration

Traceability of Records

Updates to the Patient's Condition

Using the Prenatal Record for the H&P

Record of Care, Treatment, and Services

Summary Lists

Dictated H&P for Surgery

One LIP Signing for Another

Rights and Responsibilities of the Individual

Filming And Recording

Organ Donation

Patient Rights and Informed Consent When Videotaping or Filming

Waived Testing

Color-Blind Testing

Patient/Client Self Glucose Testing

Professional Vs. Home Use Tests (Glucose Meters, Etc.)

Provider Performed Microscopy Procedures (P.P.M.P.)

Reagents Stored With Medications Or Specimens

Screening Vs. Definitive

Survey Of Urine Drug Testing In A Behavioral Health Care Facility

Waived Testing & Proficiency Testing

ملحق (3): معايير جائزة الملك عبد العزيز للجودة

الوزن (درجة)	المعيار
150	1- القيادة الإدارية
90	2- التخطيط الاستراتيجي
110	3- الموارد البشرية
80	4- الموردون والشركاء
170	5- إدارة العمليات
90	6- التركيز على المستفيد
60	7- التأثير على المجتمع
250	8- نتائج الأعمال
1000	المجموع

ملحق (4) معايير CBAHI

- Leadership
- Medical Staff and Provision of Care
- Nursing
- Patient and Family Education and Rights
- Quality Management and Patient Safety
- Ambulatory Care and Dental Services
- Anesthesia
- Operating Room
- Burn Care
- Emergency room
- Psychiatry
- Radiology
- Haemodialysis
- Intensive Care Unit
- Medical and Radiation Oncology
- Labour and Delivery
- Pharmacy
- Specialized Areas
- Management of Information and Medical Records
- Infection Control
- Laboratory
- Facility Management and Safety

5.4. ملخص الرسالة باللغة الانكليزية

Abstract

Thesis entitled "*The Quality management in Health Care and its Relation to Job Performance for the Workers*"

" *A field study in King Fahad Hospital in Al Ahssa*"

By : Al Munther Abdul Jalil Zakaria.

Supervisor: Dr. Ra'ad Al Ssarn.

Introduction.

Total quality management is considered a decisive factor to the success of any hospital as it focuses on opening communication channels in all directions. It also involves participation of all workers in the decision-making process which leads to get rid of any obstacles that affect performance. In addition, it gives motives to hospitals to concentrate on patients needs as regard their benefit or what they need through optimal utilization of available resources.

Purposes of the Study

1. Identifying the degree to which high administration offer to health sectors to apply total quality management.
2. Identifying the cognitive level of the workers regarding total quality management and the effect of this level on job performance.
3. Identifying the relationship between applying standards of quality management and the level performance of workers.
4. Knowing workers' attitudes in the field towards application of total quality management.
5. Identifying the obstacles and problems hindering application of total quality management.

Research Methodology and Tools.

The descriptive approach will be used as a result of the nature of the study purposes. Moreover, it will be carried out through case study which focuses on precisely describing the nature of the phenomenon, and it is expressed in quantitative and qualitative terms. The quantitative ones display the extent to which the phenomenon is applied and its relation with other phenomenon. The qualitative ones describe the phenomenon and its characteristics. This approach depends on collecting data from the same hospital, organizing and analyzing it. Thus a description of the phenomenon under study is done to its variables, reasons, and other related factors.

Data Analysis Tools:

To answer the questions of the research, the following tools will be used:

1. Frequency Distribution.
2. Percentages.
3. Standard Deviation.
4. Arithmetic Mean.

Data which is collected through the questionnaire will be processed statistically using SPSS program.

Study Community:

It consists of all people working in King Fahad Governmental Hospital in Al-Ahssa including doctors, technicians, nursing staff, and administration staff.

Study Sample:

Since this study is limited to King Fahad Governmental Hospital in Al Ahssa, and that sample of study is small , (278) a questionnaire will be distributed to the whole community people.

Results of the study:

1. It showed that most of the people applying TQM as personal commitment. Their administrations are applying it in the meantime.
2. It showed that many benefits are obtained through applying TQM.
3. It showed that high administrations support TQM program, but don't encourage its application.
4. Increasing efficacy of TQM application results in elevating staffs competence and performance.